

Pflege im Fokus – verstehen und handeln

Band I – 1. und 2. Ausbildungsdrittel



LESEPROBE



DIGITALES
ZUSATZMATERIAL

VERLAG DR. FELIX BÜCHNER

PFLEGE



Unkorrigierte Leseprobe
mit ausgewählten Inhalten des Titels

Pflege im Fokus - verstehen und handeln
Band I – 1. und 2. Ausbildungsdrittel

ca. 1360 Seiten, mehrfarbig, 19 cm x 26 cm, Hardcover

ISBN 978-3-582-09101-7

Bestell-Nr. 9101, ca. € 49,95

eBook

5-Jahres-Lizenz

Bestell-Nr. E9101, ca. € 44,95

eBook inside: Buch und eBook

ISBN 978-3-582-90003-6

Bestell-Nr. B9101, ca. € 59,95

Erscheinungstermin: 3. Quartal 2025

Nutzen Sie dieses Material in Ihrem Unterricht. Handwerk und Technik GmbH

Pflege im Fokus – verstehen und handeln

Band I – 1. und 2. Ausbildungsdrittel

Wir danken den Konzeptentwicklern und Konzeptentwicklerinnen der Reihe „Pflege im Fokus“:

Thorsten Berkefeld, Dipl.- Pflegelehrer, Fachleiter am Studienseminar Speyer für das Fach Pflege
und stv. Seminarleiter, Neustadt

Ursula Heling, Dipl.- Ökotrophologin, Studiendirektorin, Wissen

Andrea Mörschel, Kinderkrankenschwester, MA Bildungsmanagement, Castrop-Rauxel

Christine Schwerdt, Kinderkrankenschwester, Dipl.- Pflegewirtin, Dortmund

Bernd Sens-Dobritsch, Krankenpfleger und Dipl.- Medizinpädagoge, Hamburg

Danksagung Titelbild

Ein ganz besonderer Dank für die Gestaltung des Titelbilds geht an den Fotografen Kai Abresch:
kai abresch photography (www.kai-abresch.de), Berlin sowie an die Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter
und Auszubildenden des BG Klinikum Hamburg gGmbH.

ISBN 978-3-582-09101-7 Best.-Nr. 9101

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich oder durch bundesweite Vereinbarungen zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen, ist untersagt.

Die Verweise auf Internetadressen und -dateien beziehen sich auf deren Zustand und Inhalt zum Zeitpunkt der Drucklegung des Werks. Der Verlag übernimmt keinerlei Gewähr und Haftung für deren Aktualität oder Inhalt noch für den Inhalt von mit ihnen verlinkten weiteren Internetseiten.

Verlag Dr. Felix Büchner GmbH & Co. KG – Verlag Handwerk und Technik GmbH,
Lademannbogen 135, 22339 Hamburg; Postfach 63 05 00, 22331 Hamburg – 2025
E-Mail: info@handwerk-technik.de – Internet: www.handwerk-technik.de

Satz und Layout: Fotosatz Amann GmbH & Co. KG, 87700 Memmingen
Umschlagmotiv: kai abresch photography, 10555 Berlin

CE 01

Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/ Pflegefachmann werden

1	In der Schule und Lerngruppe ankommen	2
	Andrea Mörschel	
2	In der Pflegepraxis ankommen.....	33
	Luisa Küpper: Kap. 2.1–2.3.3, 2.3.5–2.5	
	Andrea Mörschel: Kap. 2.3.4	
3	Ersten Kontakt mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen aufnehmen	50
	Simone Mebdouhi	
4	Berufliche Identität entwickeln.....	71
	Nele Bauhaus: Kap. 4.4–4.7	
	Mathilde Hackmann: Kap. 4.1–4.3	
5	Den Pflegeprozess gestalten.....	102
	Elisabeth Louis	

Nutzen Sie dieses Material in Ihrem Unterricht. Handwerk und Technik GmbH

1 In der Schule und Lerngruppe ankommen

↓ CE1_1_Kompetenzraster

Pia Kunze, Yara Akgül und Jonas Schneider treffen sich vor Unterrichtsbeginn im Foyer der Bildungseinrichtung eines städtischen Krankenhauses. Sie haben einige Tag zuvor ihre Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann begonnen.

„Wie geht es euch?“, fragt Yara, „ich war gestern total erschlagen von den vielen Informationen. Wenn das so weitergeht, wird der 1. Blockunterricht echt anstrengend!“ „Mir erging es nicht anders“, antwortet Jonas. „Ja, stimmt. Ich muss nach dem Unterricht immer noch meine Tochter in der Kita abholen und versorgen. Ich war froh, als das gestern geschafft war“, berichtet die 30-jährige Pia. „Ich merke schon jetzt, dass die Ausbildung mit Kind eine Herausforderung werden wird. Habt ihr alles verstanden, was uns zum Pflegeberuf erklärt wurde? Ich habe ja schon bei der Pflege meiner Großeltern geholfen, aber das war halt Laienpflege.“ Jonas erzählt: „Für mich ist das alles neu. Nach meinem Abi war ich als Backpacker unterwegs. Ich habe auch gearbeitet, aber mit Pflege hatte das nichts zu tun. Mein Onkel ist Pfleger auf einer Intensivstation. Das, was er mir über seine Arbeit erzählt, finde ich echt spannend. Er hat mich ermutigt, in die Pflege einzusteigen. Was hast du vorher gemacht, Yara? Bringst du Erfahrungen aus der Pflege mit?“ Yara schüttelt den Kopf: „Nein, Pflege war kein Thema für mich. Nach der Realschule wollte ich unbedingt eine kaufmännische Ausbildung machen und Sprachen lernen. Aber als ich mit der Ausbildung begonnen habe, hat es mir überhaupt nicht gefallen. Dann wurde meine Mutter schwer krank und ich habe gemerkt, wie sehr mich die Pflege und ihre Aufgaben fasziniert. Wie sehr die sich um meine Mutter, aber

auch um uns als Angehörige gekümmert haben! Meine Eltern waren total dagegen, dass ich die Ausbildung abbreche und in die Pflege gehe. Es hat noch fast ein Jahr gedauert, bis ich sie überzeugen konnte. Jetzt will ich die Ausbildung natürlich besonders gut machen, deshalb habe ich Angst, dass ich es nicht schaffe – hört sich alles so kompliziert an. Theorie, Praxis, Nachtdienste, Pflichteinsätze, Vertiefung ... und dann die Prüfungen. Hoffentlich scheitere ich nicht!“ Pia erwidert: „Ja, ich war zuletzt vor über 10 Jahren in einer Schule. Danach habe ich zwar noch ein Studium angefangen, aber so richtig lernen – das habe ich damals nicht wirklich gemacht.“ „Lernen, früh aufstehen und einen durchgeplanten Tag – das kenne ich auch schon länger nicht mehr. Zu lernen war eh nie mein Ding ...“, gibt Jonas zu, „trotzdem freue ich mich. Ich bin total gespannt auf den Job und die Menschen! Unser Kurs scheint auch cool zu sein – multikulti und viele Quereinsteiger.“ Yara nickt. „Karim und Saïda kommen genau wie ich aus Syrien, Eleni aus Griechenland und Anna ist Polin.“ Pia meint: „Wird bestimmt nicht einfach mit dem Lernen, wenn Deutsch nicht eure Muttersprache ist. Aber viele zu Pflegenden werden sich freuen. Ihr könnt gut übersetzen. Ich spreche außer Deutsch nur wenig Englisch.“ „Ha, dafür kennst du dich schon gut mit Kindern aus. Ich habe noch nicht mal jüngere Geschwister. Wie soll ich in der Pädiatrie klarkommen?“, entgegnet Jonas. „Bangemachen gilt nicht. Lasst uns einfach starten. Wir brauchen halt Leute, die uns unterstützen!“, erwidert Pia und schaut auf die Uhr. „Ja, und jetzt geht der Unterricht los.“ Gemeinsam mit der Kursleitung betreten die 3 den Unterrichtsraum.

1. Pia, Yara und Jonas tauschen sich über den Start ihrer Ausbildung aus. Welche Sorgen und Ängste erkennen Sie bei ihnen? Welche Sorgen und Ängste beschäftigen Sie bezüglich der Ausbildung?
2. Die 3 Auszubildenden bringen unterschiedliche Vorerfahrungen hinsichtlich der Pflege mit. Wie

sehen diese Erfahrungen aus? Welche Vorerfahrungen bringen Sie persönlich mit?

3. Was hat Sie motiviert, die Ausbildung zu beginnen? Was verstehen Sie unter dem Begriff „Pflege“?
4. Wer und was unterstützt die Auszubildenden des Pflegeberufs? Was erwarten Sie?

1.1 Berufsbild Pflegefachfrau/ Pflegefachmann kennenlernen

1.1.1 Pflege als komplexe Tätigkeit erfassen

„Pflege“ und „pflegen“ sind häufig gebrauchte Begriffe, mit denen vieles gemeint und vieles darunter verstanden werden kann. Auch mit dem Pflegeberuf werden, je nach persönlicher Erfahrung, unterschiedlichste Vorstellungen verknüpft. Insbesondere im deutschsprachigen Raum erwarten Menschen traditionell bedingt häufig, dass aufopferungsbereite, selbstlose Mitmenschen aus (christlicher) Nächstenliebe heraus ihre Berufswahl treffen und in die Pflege gehen. Das ist jedoch längst überholt, denn die professionelle Pflege ist ein moderner Dienstleistungsberuf. Er erfordert eine qualifizierte 3-jährige Ausbildung oder alternativ ein Studium mit Bachelorabschluss. Körpernahe Tätigkeiten wie die Übernahme der Körperpflege und Unterstützung bei Ausscheidungen gehören selbstverständlich zu den Aufgaben einer professionellen Pflege, wenn die zu Pflegenden dies nicht oder nicht mehr selbstständig durchführen können. Diese pflegerischen Tätigkeiten setzen allerdings voraus, dass die Pflegefachperson in Kontakt zu den zu pflegenden Menschen tritt und eine (pflegerische) Beziehung zu ihnen aufbaut. Das ist häufig der schwierigere Teil der Aufgabe. Er erfordert viel Einfühlungsvermögen und Interesse am Wohlergehen sowie an der Sicherheit der Menschen (Abb. 1.1).



Abb. 1.1 Pflegefachpersonen bauen eine pflegerische Beziehung zu den zu Pflegenden auf

► Merke

Alleinstellungsmerkmal der professionellen Pflege

Die Durchführung pflegerischer, körpernaher Tätigkeiten ist „immer eingebettet in einen psychosozialen Rahmen“ (Büker et al. 2018, S. 87). Professionell Pflegenden leisten mit der Erfüllung dieser anspruchsvollen Aufgabe einen wichtigen Beitrag zur umfassenden Versorgung zu pflegender Menschen, wie ihn kein anderer Beruf im Gesundheitswesen leisten kann (Friesacher 2016).

Das 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG) und die veränderte Regelung der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann betonen, dass Pflege als ein Prozess zu verstehen ist und dieser zusammen mit den zu pflegenden Menschen gestaltet wird. Die **prozessorientierte Pflege** steht im Mittelpunkt des professionellen pflegerischen Handelns.

Prozesshafte Pflege

Die Gestaltung und Organisation des **Pflegeprozesses** (CE1, 5.1.2) umfassen die folgenden Aufgaben, die von den Pflegewissenschaftlerinnen Fiechter und Meier (1981) beschrieben wurden:

- Informationen zum zu pflegenden Menschen sammeln (Anamnese)
- den individuellen Pflegebedarf, Probleme und Ressourcen zu Pflegenden erkennen
- Ziele der individuellen Pflege festlegen
- Pflegemaßnahmen fachgerecht planen
- Pflegemaßnahmen durchführen
- ihre Wirksamkeit überprüfen

► Merke

Diese umfangreiche Aufgabe der Gestaltung des Pflegeprozesses ist im Gesetz als **vorbehaltliche Tätigkeit (Vorbehaltspflicht, § 4 PflBG)** der Pflege festgeschrieben. Keine andere Berufsgruppe darf die **Pflegeprozessgestaltung** übernehmen.

Caring-Konzept – Psychosozialer Rahmen der Pflege

Die **professionelle Pflege** als Tätigkeit der modernen Dienstleistung umfasst:

- Begegnungs- und Beziehungsarbeit
- Übernahme vieler alltäglicher Verrichtungen, die der zu pflegende Mensch nicht oder nicht mehr ausführen kann
- Durchführung ärztlich delegierter Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie
- Organisation interdisziplinärer Aufgaben im Team bzw. weiterer beteiligter Berufsgruppen (CE1, 2.1.2).

Im englischen Sprachraum werden diese Aufgaben als „Nursing“ (pflegen) bezeichnet und um den Begriff „Caring“ (sich kümmern, sorgen) erweitert. Übersetzt fasst das **Caring-Konzept** als „Fürsorgende Pflege“ oder „Sorgehandeln“ beides zusammen. Es wurde als Ansatz vor allem von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin **Jean Watson** (Abb. 1.2) untersucht und zu einer Pflegelehre verdichtet. Watson versteht unter „Caring“ die optimale, ethisch-moralisch fundierte Pflege. Dabei steht die Sicherheit, der Schutz und die Würde des Menschen im Zentrum des pflegerischen Handelns.



Abb. 1.2 Jean Watson

Während die typischen körpernahen Unterstützungsangebote von vielen Menschen als Pflege verstanden werden, fällt es schwer zu vermitteln, dass die „**Fürsorgende Pflege**“ weitaus mehr als diese Tätigkeiten umfasst. Definitionen von Pflege, wie die der Weltgesundheitsorganisation (WHO, Abb. 1.3) von 1993, erweitern die Aspekte der körpernahen Unterstützung um lebensbegleitende Aufgaben, Gesundheitsförderung und Prävention.

Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, einzelnen Menschen, Familien und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt. Dabei müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit vermeiden. Zur Pflege gehören auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegenden gewährleisten, dass der Einzelne und die Familie, seine Freunde, seine soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegenden arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung anderer gesundheitlicher oder ähnlicher Dienstleistungen beteiligter Gruppen zusammen. (Weltgesundheitsorganisation)



Abb. 1.3 Logo der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Diese und weitere Definitionen verdeutlichen die Aufgabe der professionell Pflegenden, sagen jedoch wenig über die individuelle Gestaltung einer Pflegebeziehung im Alltag aus. An dieser Stelle hilft das Caring-Konzept. Es beschreibt die wünschenswerte Haltung und daraus hervorgehende Handlungen. Im Zentrum des Konzepts steht der zu pflegende Mensch. Gelingt es immer mehr professionell Pflegenden, dieses Konzept der „Fürsorgenden Pflege“ zu verinnerlichen, im beruflichen Alltag umzusetzen und darüber zu sprechen, sind dies wichtige Schritte, um die Kernaufgabe der Pflege zu bekräftigen und die hohen Anforderungen an den Beruf sichtbar zu machen.

► Merke

Das Caring-Konzept beschreibt 5 Haltungen, die in 4 Phasen der „Fürsorgenden Pflege“ Bedeutung erlangen. In jeder der 4 Phasen gehen aus den Haltungen Handlungsstrategien hervor. Es sind die Kernstrategien der „Fürsorgenden Pflege“ (Abb. 1.4).

5 Haltungen des Caring-Konzepts

Die 5 Haltungen der „Fürsorgenden Pflege“ sind:

- 1. Mitfühlen/Empathie:** Einfühlen in die Situation des Anderen und bereit sein, sich dem Leid des Anderen auszusetzen und sich berühren zu lassen.
- 2. Verantwortlichkeit:** Kompetenzen zur professionellen Pflege erwerben, auf einem aktuellen Stand halten und damit zum Wohle der zu Pflegenden beitragen.
- 3. Vertrauen:** Vertrauen in der individuellen Pflegebeziehung durch Wertschätzung, Respekt, Gleichwertigkeit und Gewaltfreiheit entfalten, Fürsorglichkeit spürbar machen (CE1, 3.2.2).
- 4. Gewissenhaftigkeit/Ethik/Moral:** Nach dem Gewissen handeln, ethisch-moralische Werte berücksichtigen und zum Wohl und Nutzen des zu Pflegenden einsetzen.
- 5. Engagement/Einsatz/Interesse:** Bewusste Entscheidung, sich dem zu Pflegenden zuzuwenden und seine Aufmerksamkeit auf ihn zu richten. Fürsorge als grundlegende Voraussetzung des menschlichen Daseins verstehen.

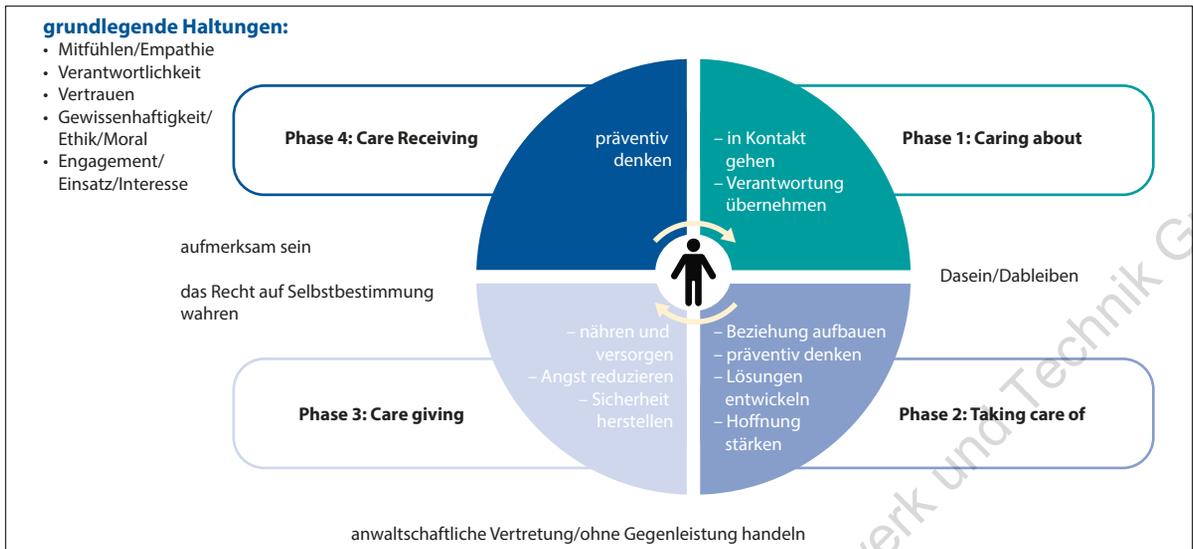


Abb. 1.4 Das Caring-Konzept

Viele Auszubildende bringen bereits einige der erforderlichen Haltungen der „Fürsorgenden Pflege“ mit. Andere Haltungen müssen noch erweitert oder gefestigt werden. Dazu dienen die Reflexionsangebote in Theorie und Praxis, die das eigene Handeln hinterfragen und persönliche Haltungen, Werte und Einstellungen aufdecken (CE1, 1.2.6). So erfolgt eine kontinuierliche Weiterentwicklung sowohl der fachlichen als auch der persönlichen Kompetenzen. Niemand kann dies allein leisten, darum stehen den Auszubildenden die Lehrpersonen, die Praxisbegleitenden und Praxisanleitenden zur Seite.

4 Phasen des Caring-Konzepts

Die **4 Phasen des Konzepts** ähneln den Schritten des Pflegeprozesses (CE1, 5.1.2):

- 1. Caring about:** In dieser Phase gilt es, an der jeweiligen Situation einer anderen Person Anteil zu nehmen und den Bedarf an fürsorgender Pflege zu erkennen. Das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen muss berücksichtigt werden, denn nicht jeder möchte Hilfe. Erst dann kann der tatsächliche Unterstützungsbedarf eingeschätzt werden.
- 2. Taking care of:** Die Unterstützungsangebote werden vorbereitet. Die Angebote müssen individuell angepasst und auch längerfristig verfügbar sein.
- 3. Handlungsphase Care Giving:** Die zu Pflegenden erhalten ihr konkretes Unterstützungsangebot, häufig im direkten, auch körperlichen Kontakt.
- 4. Phase der Annahme Care Receiving:** Hier gilt es zu klären, wie die zu Pflegenden auf die Unterstützung reagieren und inwieweit sich eine Wirksamkeit zeigt. Die Wahrnehmung und Einschätzung der Situation in der 1. Phase werden auf diese Weise kritisch

hinterfragt, um ggf. Anpassungen bzw. Veränderungen vorzunehmen.

Kernstrategien des Caring-Konzepts

Aus den 5 grundlegenden Haltungen und den 4 Phasen ergeben sich die **Kernstrategien des pflegerischen Handelns**. Einige lassen sich konkret einer Phase zuordnen, andere finden sich fast in jeder wieder:

- Phase 1:
 - in Kontakt gehen
 - Verantwortung übernehmen
- Phase 2:
 - präventiv denken, spätere Erfordernisse bereits in den Blick nehmen
 - Hoffnung stärken
 - Lösungen entwickeln
 - Beziehung aufbauen
- Phase 3:
 - nähren und versorgen, Grundbedürfnisse stillen
 - Angst reduzieren
 - Sicherheit herstellen
- Phase 4: präventiv denken
- alle Phasen:
 - aufmerksam sein
 - anwaltschaftliche Vertretung, Fürsprecher sein, die Interessen des zu Pflegenden vertreten
 - ohne Gegenleistung handeln
 - in Beziehung gehen, Dasein und Dableiben
 - vorwegnehmend handeln, Unterstützungsbedarf vorbereiten
 - Führung in überfordernden Situationen übernehmen, das Recht auf Selbstbestimmung wahren (keine Entmündigung)

Beschreiben Sie sich zu zweit gegenseitig das Caring-Konzept mit Ihren eigenen Worten. Nutzen Sie gern die Abb. 1.4.

- Das Caring-Konzept wurde Ihnen von Ihrem Partner beschrieben. Geben Sie wieder, was Sie verstanden haben.
- Klären Sie gemeinsam, was unverständlich blieb oder nicht erfasst werden konnte. Holen Sie sich ggf. Hilfe.

1.1.2 Gesetzliche Grundlagen und definierte Aufgaben kennenlernen

Die Regelungen des Berufsbilds „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ und die Bestimmungen zur Ausbildung in der generalisierten Pflege wurden mit dem **Pflegeberufegesetz (PflBG)** und der ergänzenden **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV)** festgelegt. Zusätzlich bedeutsam für die Ausübung des Berufs sind auch das **Fünfte und Elfte Sozialgesetzbuch (SGB V, SGB XI)**. Sie umfassen die Regelungen zur Kranken- und Pflegeversicherung (CE4, 1.1.1).

Gesetzlich festgelegte Aufgaben und Strukturen

Die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ ist gesetzlich geschützt. Voraussetzungen zur Führung der Berufsbezeichnung sind nach § 1, 2 PflBG:

- die in allen Teilen bestandene staatliche Prüfung
- die Zuverlässigkeit der Person
- die ärztlich nachgewiesene gesundheitliche Eignung
- hinreichende Sprachkenntnisse (§ 2 PflBG)

Das Führen der Berufsbezeichnung berechtigt dazu, die nach § 4 PflBG **vorbehaltenen Tätigkeiten** der prozessorientierten Pflege verantwortlich zu steuern. Die Vorbehaltsaufgaben sind in § 4 Absatz 1 PflBG wie folgt beschrieben:

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
- die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege

Diese neue gesetzliche Regelung schreibt die Aufgaben erstmalig gesetzlich vor und wertet dadurch die Pflegetätigkeit auf. Sie stellt einen wichtigen Schritt hinsichtlich der Professionalisierung des Pflegeberufs dar.

► Merke

Der Begriff **Professionalisierung** („Verberuflichung“) umfasst den differenzierten Umgang mit fachlichem Wissen sowie dessen flexible und reflektierte Anwendung in der Praxis. Dies äußert sich im kompetenten Handeln – Personen und Tätigkeiten gewinnen an „Professionalität“.

Professionell Pflegenden wird Verantwortung übertragen, sie:

- führen **selbstständig**, d. h. ohne Anweisung oder Anordnung, pflegerische Aufgaben aus
- führen **eigenständig** ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Rehabilitation durch. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für diese Tätigkeiten.
- erfüllen **interdisziplinäre Aufgaben** und koordinieren die Versorgung in einem Arbeitsumfeld unterschiedlicher Berufsgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie tragen Verantwortung für eine gelingende Kommunikation.

Innerhalb Europas findet die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau und Pflegefachmann automatisch Anerkennung. Die Berufstätigkeit innerhalb der EU vereinfacht der Antrag auf einen „Europäischen Berufs-Ausweis“ (EBA). Er wird elektronisch registriert und erleichtert dem Arbeitgeber eine Überprüfung der Anerkennung.

Handlungskompetenz

Zentrales Anliegen und Ziel des PflBG (§ 5) ist die zuverlässige Kompetenzentwicklung der zukünftig Pflegenden. Nach Abschluss der Ausbildung wird eine umfassende **Handlungskompetenz** vorausgesetzt (Abb. 1.5). Eine Handlungskompetenz ist die persönliche Befähigung, zielstrebig und aufgabengerecht zu handeln. Sie umfasst erlerntes Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eigene Werte und Haltungen. Je stärker die Ausprägung der Kompetenz, desto durchdachter, effizienter und verantwortlicher werden Entscheidungen und Handlungen ausgeführt.

Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer

und zur Selbstreflexion. Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biographie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt.

(PflBG § 5 Abs. 1)



Abb. 1.5 Selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen

Handlungskompetenz entsteht, wenn sich Auszubildende Fachwissen aneignen und in der Praxis schrittweise ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten (Tätigkeiten, Pflegetechniken und ihre Abläufe) erweitern. Die Auszubildenden werden in ihrer Ausbildung dahin gehend gefördert, ihr pflegerisches Handeln immer wieder kritisch zu hinterfragen. Um für die Entwicklung von Handlungskompetenz beste Voraussetzungen zu schaffen, ist der persönliche Einsatz der Auszubildenden nötig. Aber auch bestimmte Rahmenbedingungen und organisatorische Strukturen, die das Lernen unterstützen. Darum wird im PflBG und mit der PflAPrV die Pflegeausbildung klar geregelt. Dies umfasst (CE1, 1.1.5):

- Dauer und Struktur der Ausbildung
- Vorgaben zur Praxisanleitung und -begleitung
- Ausstellen von Jahreszeugnissen
- Zwischenprüfung als Grundlage zur Bedarfsermittlung individueller Förderung
- Regelungen zu Fehlzeiten, Nachtarbeit, Überstunden und der Vergütung

Die zu entwickelnden Kompetenzen innerhalb der generalisierten Ausbildung werden in der Anlage 1 bis zur Zwischenprüfung und in der Anlage 2 der PflAPrV detailliert beschrieben. Sie bieten den Lehrenden in Theorie und Praxis und den Auszubildenden eine gute Orientierung, was genau bis zu den Prüfungen vermittelt bzw. erlernt werden soll. Um dies auf Bundesebene einheitlich zu gestalten und zu definieren, wurden die gesetzlichen Kompetenzen von einer Fachkommission aufgegriffen und in verbindliche Rahmenpläne integriert.

Überlegen Sie, in welchen Bereichen Ihres alltäglichen Lebens Sie bereits Handlungskompetenz erreichen konnten.

- a) Wie haben Sie diese erreicht? Welche (Lern-) Schritte waren notwendig?
- b) Wer hat Sie unterstützt?
- c) Tauschen Sie sich im Plenum darüber aus.

Rahmenpläne

Die Pflegeausbildung unterscheidet **3 Lernorte** (Abb. 1.6):

1. Pflegeschule
2. Einsatzorte der Praxis
3. je nach Möglichkeit der Träger der Ausbildung, den 3. Lernort in Form spezieller Räume zur Simulation von Pflegesituationen („Skills Labs“, „pflegepraktischer Unterricht“)



Abb. 1.6 Die 3 Lernorte der Pflegeausbildung

Die Rahmenpläne gliedern sich daher in die **Rahmenlehrpläne des theoretischen und pflegepraktischen Unterrichts** und die **Rahmenausbildungspläne der praktischen Ausbildung**.

Den Rahmenausbildungsplänen und dem Rahmenlehrplan liegen folgende Prinzipien zur Gestaltung der Lern- und Entwicklungsprozesse zugrunde:

- **Orientierung an den Kompetenzen** (CE1, 1.1.4)
- **Verankerung der Pflegeprozessverantwortung und der vorbehaltenen Tätigkeiten:** Die Umsetzung erfolgt anhand der in den Rahmenaus-

bildungsplänen festgelegten Aufgabenstellungen bzw. (Lern-) Situationen.

- **situationsorientierte Strukturierung:** Um an berufliche Aufgaben herangeführt zu werden, müssen die Auszubildenden in konkreten Pflegesituationen selbst handeln. Die Rahmenausbildungspläne legen dazu Anforderungen vor, die die Entwicklung der nötigen Ressourcen und Teilkompetenzen unterstützt.
- **persönlichkeitsorientierte Strukturierung/Subjektorientierung:** Subjektorientierung meint das besondere Interesse an den Auszubildenden. Das Erleben, die Erfahrungen, die Interessen, die individuellen Bedürfnisse der Auszubildenden finden in der Lernprozessgestaltung Berücksichtigung.
- **Wissenschaftsorientierung:** Pflegehandlungen werden nicht nur fachlich korrekt und individuell angepasst ausgeführt, sondern anhand pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse reflektiert und begründet (CE1, 4.4.1).
- **Entwicklungslogik:** Sie legt eine kontinuierliche Steigerung der Anforderungen an die Auszubildenden fest, sodass Ressourcen und Teilkompetenzen erworben werden, die nach und nach Kompetenzen auf einem jeweils höheren Niveau anstreben. Die Kriterien dieser Anforderungen sind für jedes Ausbildungsdrittel beschrieben.

Der **Rahmenlehrplan** ist auf eine Mindestanzahl von 2100 Stunden im theoretischen und praktischen Unterricht ausgelegt (§ 1 Absatz 2 PflAPrV). Er besteht aus sog. **Curricularen Einheiten (CE)**, die eine spiralförmige Kompetenzentwicklung anbahnen. Bestimmte Inhalte werden zu Beginn der Ausbildung zunächst grundlegend und zu einem späteren Zeitpunkt vertiefend bearbeitet. Eine enge Verknüpfung des Rahmenlehrplans mit den Rahmenausbildungsplänen ist vorgesehen. Im theoretischen Unterricht werden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, im fachpraktischen Unterricht eingeübt und im nachfolgenden Praxiseinsatz in der realen, situativen Pflege kleinschrittig und unter Anleitung umgesetzt bzw. angewendet. Die kompetenzorientierte Ausrichtung bringt mit sich, dass Inhalte, insbesondere zu Krankheitsbildern, nur begrenzt und **exemplarisch** unterrichtet werden.

Die Auszubildenden erlernen in ausgewählten Lernsituationen an beispielhaften Krankheitsbildern übergeordnete Prinzipien und Strategien professioneller Pflege sowie pflegewissenschaftliche Modelle und Theorien.

Lernsituationen greifen wiederkehrende **Pflegephänomene** wie Schmerz, Ekel, Scham, Angst, Juckreiz auf, die mit bestimmten Erkrankungen einhergehen und

Tab. 1.1 Rahmenlehrplan und Rahmenausbildungspläne werden eng aufeinander abgestimmt

Praktische Einsätze	Stunden in der Praxis (2 500 Stunden, davon 1720 Stunden im 1. und 2. Ausbildungsdrittel und 780 Stunden im 3. Ausbildungsdrittel)	Curriculare Einheiten der Rahmenlehrpläne
Orientierungseinsatz vor der Zwischenprüfung flexibel gestaltbar beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.	CE 01: Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/ Pflegefachmann werden CE 02: Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen CE 03: Erste Pflegeerfahrungen reflektieren und verständigungsorientiert kommunizieren
Pflichteinsätze vor der Zwischenprüfung	<ul style="list-style-type: none"> stationäre Akutpflege, 400 Std. stationäre Langzeitpflege, 400 Std. ambulante Pflege, 400 Std. 	CE 04: Gesundheit fördern und präventiv handeln CE 05: Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken CE 06: In Akutsituationen sicher handeln
Vertiefungseinsatz nach der Zwischenprüfung <ul style="list-style-type: none"> flexibel gestaltbar in einem Bereich der vorausgegangenen Pflichteinsätze 	500 Std.	CE 07: Rehabilitatives Handeln im interprofessionellen Team CE 08: Menschen bei kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten CE 09: Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen Die Kompetenzen der Curricularen Einheiten 04 bis 09 können in der Praxis in allen Einsätzen Berücksichtigung finden
Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung vor der Zwischenprüfung	120 Std.	CE 10: Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern
Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung nach der Zwischenprüfung	120 Std.	CE 11: Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen u. kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert u. lebensweltbezogen unterstützen
Stunden zur freien Verfügung Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation Versorgungsbereich des Vertiefungsbereichs	80 Std. 80 Std.	
Theorie und Praxis sind unmittelbar aufeinander abgestimmt, Arbeits- und Lernaufgaben bauen die gleichen Kompetenzen wie in der Theorie auf. Die Theorie dient der Vor- bzw. Nachbereitung der Praxis.		

die zu pflegenden Menschen belasten. Sie werden als Pflegediagnosen oder Pflegeprobleme bezeichnet (CE1, 5.2.2). Im Unterricht erarbeiten die Auszubildenden Lösungsansätze für diese Pflegediagnosen und Problemstellungen und erwerben auf diese Weise Wissen über konkretes pflegerisches Handeln und seine Zusammenhänge. Im weiteren Lernprozess muss dieses Wissen verallgemeinert oder generalisiert werden, damit es auf andere, vergleichbare Situationen übertragen werden kann. Gelingt diese Übertragung, wird von Lerntransfer oder Vernetzung gesprochen.

Ein Lerntransfer:

- geht weit über das Abrufen auswendig gelernter Inhalte hinaus
- erfordert eine höhere kognitive Leistung, die insbesondere im Erwachsenenalter und in der Verknüpfung mit der beruflichen Praxis systematisch eingeübt werden kann

Um optimale Voraussetzungen für den Lerntransfer von der Theorie in die Praxis zu gewährleisten, werden der Rahmenlehrplan und die Rahmenausbildungspläne eng aufeinander abgestimmt (Tab. 1.1). Dies

stellt sicher, dass das im Unterricht erworbene Wissen in realen (Pflege-)Situationen im Praxisfeld angewendet und gefestigt werden kann.

► Tipp

Hier zeigt sich die besondere Bedeutung der reflexiven Auseinandersetzung mit dem eigenen pflegerischen Handeln. Eigene Einschätzungen, Verhaltensweisen und die Wirksamkeit ausgewählter Pflegehandlungen können so rückblickend betrachtet, beurteilt sowie ggf. Alternativen entwickelt werden.

1. Recherchieren Sie im Internet und finden Sie Informationen zum Pflegeberufegesetz (PflBG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV).
2. Beurteilen Sie, welche Internetseiten zuverlässige Quellen darstellen. Begründen Sie Ihre Meinung.

1.1.3 Handlungsfelder der Pflege kennenlernen

Das erfolgreiche Ablegen der Abschlussprüfung oder des Bachelors qualifiziert die Pflegefachpersonen zur Versorgung von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichsten Lebenssituationen. Sie können in vielerlei Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Akutkrankenhäusern, Fachkliniken, Pflegeheimen, Hospizen, ambulanten Pflegediensten, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Seniorenwohnheimen und anderen Wohngruppen arbeiten. Tätigkeiten in Schulen, Beratungsstellen, bei Krankenkassen, Kommunen sowie humanitären Organisationen der Katastrophen- und Krisenhilfe sind gleichfalls möglich und bieten abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Aufgabengebiete.

Jede Pflegefachperson kann, orientiert an Interessen, Vorlieben und Talenten, ihren Platz in der Pflege finden. Vielfältige und durchlässige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten unterstützen die fachliche und persönliche Weiterentwicklung (CE1, 4.2.5). Pflegende können ihre beruflichen Karriereziele planen und schrittweise erreichen.

Um diesen attraktiven Aspekt der Pflege zu unterstützen, lernen die Auszubildenden vom 1. Orientierungseinsatz bis zu den Vertiefungseinsätzen die unterschiedlichen Handlungsfelder der Pflege (Abb. 1.7), die verschiedenen Settings und die zahlreichen Einrichtungen des Gesundheitswesens kennen (Tab. 1.2).



Abb. 1.7 Die 4 Handlungsfelder der Pflege

Jedes **Handlungsfeld** der Pflege kann in jeder Einrichtung des Gesundheitswesens Anwendung finden. Es gibt jedoch Kliniken oder Häuser, die ein Handlungsfeld als Schwerpunkt betreiben. So steht z. B. in einer Rehabilitationsklinik die Wiederherstellung der zu Pflegenden und ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft im Vordergrund (CE7, 1.1.1). Aber selbstverständlich werden Pflegefachpersonen auch präventiv handeln, um möglichen Folgeerkrankungen, z. B. einem Druckgeschwür (Dekubitus), vorzubeugen. Die Palliation ist der Schwerpunkt der Hospize (CE8, 4.1.1). Überwiegend werden Pflegefachpersonen dort Schmerzen und andere Symptome der Sterbenden lindern. Sollten in der letzten Lebensphase heilbare, zusätzliche Erkrankungen in Erscheinung treten, kann auch im Hospiz kurativ gepflegt werden. Palliative Pflege findet in Akutkrankenhäusern nicht nur auf der Palliativstation statt. In anderen Bereichen werden chronisch erkrankte Menschen betreut, deren Beschwerden nicht geheilt, wohl aber gelindert werden können. Das Handlungsfeld Pflegenden wird folglich weniger von der Einrichtung, sondern viel mehr von der Ausrichtung der Maßnahmen bestimmt.

Finden Sie zu zweit gemeinsam beispielhafte Pflegemaßnahmen zu den 4 Handlungsfeldern der Pflege. Tauschen Sie sich anschließend im Plenum darüber aus.

Ein **Setting** (Lebenswelt) ist das soziale Umfeld, in dem sich Menschen in ihrem Alltag aufhalten und leben. Die Lebenswelt des Einzelnen ist von Bedeutung, weil sie unmittelbar Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit nimmt (Hartung, Rosenbrock 2022).

Tab. 1.2 Versorgungsangebote der Pflegesettings

Setting	Beispiele	Klientel	Pflegerische Aufgaben (Schwerpunkte)
Akutpflege	Akutkrankenhäuser, Entbindungskliniken, Rehakliniken, Universitätskliniken	Menschen aller Altersstufen, die aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Verletzung ständig medizinische Hilfe und Unterstützung von ärztlichem Fachpersonal oder Pflegepersonen benötigen	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung und Betreuung von Menschen mit geringem bis intensivem Pflegebedarf (Normalstation, Wachstation, Intensivstation) • Unterstützung aller diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen im interdisziplinären Team (CE1, 2.2)
ambulante Pflege	Pflegedienste und Sozialstationen, Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation	Menschen aller Altersstufen, die über einen vorübergehenden Zeitraum oder dauerhaft in einem oder mehreren Lebensbereichen erkennbare körperliche, geistige und/oder psychische Einschränkungen aufweisen und pflegerische Unterstützung benötigen	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung der zu pflegenden Menschen in ihrem häuslichen Umfeld • Einbezug der (pflegenden) Angehörigen • Zusammenarbeit mit dem zuständigen hausärztlichen und pädiatrischen Fachpersonal • Organisation und Koordination weiterer pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung
Langzeitpflege	Pflege- oder Wohneinrichtung mit vollstationärer Pflege (Pflege rund um die Uhr), teilstationärer Pflege (Pflege nur tagsüber oder nur nachts) oder Kurzzeitpflege (max. 8 Wochen jährlich, vollstationäre Versorgung)	Menschen aller Altersstufen, die meist in mehreren Lebensbereichen erkennbare körperliche, geistige und/oder psychische Einschränkungen aufweisen und ständig pflegerische Unterstützung benötigen	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung der zu pflegenden Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege • Zusammenarbeit mit dem zuständigen hausärztlichen und pädiatrischen Fachpersonal • Begleitung und Organisation der ärztlichen Versorgung • Mitwirkung an der sinnvollen Lebens- und Alltagsgestaltung, z. B. in Form von Beschäftigungsangeboten oder Organisation von Festen und Begleitung von Ausflügen

Die **professionelle Pflege** unterscheidet die folgenden **Settings**:

- **Akutpflege:** Zu pflegende Menschen befinden sich in einem Krankenhaus, einer Rehaklinik oder einer Universitätsklinik und werden von einem multidisziplinären Team (CE1, 2.2) versorgt.
- **Ambulante Pflege:** Zu pflegende Menschen werden durch Pflegedienste und Sozialstationen in ihrem häuslichen Umfeld betreut, meist unter Einbezug pflegender Angehöriger.
- **Langzeitpflege:** Zu pflegende Menschen leben in einer Pflege- oder Wohneinrichtung mit vollstationärer Pflege (Pflege rund um die Uhr), teilstationärer Pflege (Pflege nur tagsüber oder nur nachts) oder Kurzzeitpflege (max. 4 Wochen jährlich, vollstationäre Versorgung), häufig verknüpft mit pädagogischen oder tagesstrukturierenden Angeboten (CE9, 1.4.1).

Die Settings richten ihre Versorgungsangebote nach den Bedarfen aus, womit auch die Aufgaben der Pflegenden variieren (Tab. 1.2).

► Merke

Zu pflegende Menschen in ambulanten Settings „kaufen“ die pflegerische Leistung der Dienstanbieter und werden darum als „Kunden“ betrachtet. Diese besondere Situation nimmt Einfluss auf die persönlichen Verhaltensweisen der Pflegenden im häuslichen Umfeld. Dies muss immer wieder reflektiert und berücksichtigt werden.

1.1.4 Pflegekompetenz erlangen – Strukturen der Ausbildung nachvollziehen

Die bereits beschriebenen Strukturen der Ausbildung werden im § 6 PflBG geregelt. Dort ist auch nachzulesen, dass die Ausbildung in der Vollzeitform 3 Jahre, in der möglichen Teilzeitform 5 Jahre dauert. Sie endet mit Ablauf der Ausbildungszeit, nicht mit dem Tag der Prüfung (§ 21 PflBG). Die Ausbildung unterteilt sich in die Sequenzen des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts sowie die Einsätze in der Praxis, die anteilig überwiegen.

Die Einsätze in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflege und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen sichern, dass

Tab. 1.3 Beispiel für die tätigkeitsorientierte Beschreibung der Kompetenzen

Tätigkeitsorientierte Kompetenzformulierungen	Indikatoren für die Erfassung und Beurteilung der Kompetenzen	Beispiel aus der Praxis
<p>Kompetenzen bis zur Zwischenprüfung Kompetenzbereich I: Pflegetheorien und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.</p> <p>1. Kompetenzschwerpunkt (Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren)</p> <p>Kompetenz c): Die Auszubildenden nutzen ausgewählte Assessmentverfahren und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung pflegediagnostischer Begriffe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nutzen ausgewählte Assessmentverfahren • beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung pflegediagnostischer Begriffe 	<p>mehrfache Beobachtung: Die/der Auszubildende kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine numerische Skala zur Schmerzerfassung korrekt anwenden • den Pflegebedarf anhand der Pflegediagnose oder des Pflegeproblems „Patient leidet unter akuten Schmerzen“ beschreiben
<p>Kompetenzen bis zur Abschlussprüfung – Kompetenzbereich I.1.c): Die Auszubildenden nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung pflegediagnostischer Begriffe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen • beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung pflegediagnostischer Begriffe 	<p>mehrfache Beobachtung: Die/der Auszubildende kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verschiedene Assessments, z. B. zur Schmerzerfassung, zur Ernährung, zum Dekubitusrisiko oder zur Mobilität, selbst auswählen und korrekt anwenden • den Pflegebedarf anhand der ermittelten Pflegediagnosen oder der Pflegeprobleme beschreiben

durch die unterschiedlichsten Anforderungen Kompetenzen entwickelt werden können, die der Gesetzgeber für das Bestehen der Abschlussprüfungen fordert.

Unter **Kompetenz** wird die Verbindung von Wissen und Können verstanden, die sich in der erfolgreichen Bewältigung der beruflichen Handlungsanforderungen zeigt. Kompetente Pflegefachpersonen nutzen ihr Wissen sowie ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten, um in immer wieder neuen und veränderlichen Pflegesituationen und Problemstellungen bestmögliche Lösungen zu finden. Sie tragen zum Wohl des zu pflegenden Menschen bei, indem sie nicht ausschließlich routinemäßig handeln, sondern empathisch, fürsorglich und kreativ individuelle Pflegesituationen gestalten. Hohe Kompetenz zeigt sich dementsprechend in der persönlichen Fähigkeit zur individuellen Problemlösung („Handlungspotenzial“).

Innerhalb der Pflegeausbildung wird die Kompetenzentwicklung der Auszubildenden gefördert und regelmäßig überprüft („Kompetenzdiagnostik“, „Kompetenzcheck“). Die Lehrpersonen, die Praxisbegleitenden und die Praxisanleitenden beobachten bzw. beurteilen, wie die Auszubildenden (situative) Anforderungen in schriftlichen Aufgaben, am „3. Lernort“ oder in der Praxis bewältigen. Dies lässt Rückschlüsse auf das Handlungspotenzial und damit auf die bereits erworbenen bzw. vorhandenen Kompetenzen der Auszubildenden zu.

Die zu entwickelnden Kompetenzen werden im Anhang 1 und 2 der PflAPrV konkret und anforderungsorientiert beschrieben. Dort erfolgt eine Zuordnung in **5 Kompetenzbereiche** (römisch I-V), die sich nochmals in maximal **6 Kompetenzschwerpunkte** (arabisch 1–6) aufteilen.

- Die Pflegeausbildung fokussiert mit den **Kompetenzbereichen I und II** (Pflegetheorie und Kommunikation) das unmittelbare Arbeitsumfeld der Auszubildenden, die Rollen der Beteiligten, die Beziehungen untereinander und die damit verbundenen direkten Aufgaben und Tätigkeiten. Mit dem Kompetenzbereich I werden hier vor allem die neu festgelegten vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 des PflBG und mit dem Kompetenzbereich II die Kommunikations- und Beziehungsgestaltung als zentrale Aspekte des Berufs- und Pflegeverständnisses berücksichtigt.
- Der **Kompetenzbereich III** betrifft die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Die Kompetenzen beziehen sich auf die Ausführung delegierter ärztlicher Tätigkeiten, Hygienekonzepte und die Organisation der Aufgaben im Team.
- Die **Kompetenzbereiche IV und V** (Recht und Pflege- sowie Bezugswissenschaften) greifen übergeordnete Kriterien des Berufs- und Pflegeverständnisses auf. Grundlagen bilden hier eine professionelle Ethik (§ 5 Absatz 2 PflBG), pflegewissenschaftliche und andere wissenschaftlich relevante Erkenntnisse sowie gesetzliche Regelungen.

Die **Kompetenzschwerpunkte** differenzieren die Kompetenzen unterteilt von a) bis max. i) weiter aus. Diese steigen in ihrem Niveau bis zur Abschlussprüfung an. Darum liegt ein Kompetenzprofil für den Zeitraum bis zur Zwischenprüfung und ein weiteres für das 3. Ausbildungsdrittel vor. Die tätigkeitsorientierten Formulierungen erleichtern den Lehrenden eine gezielte Beobachtung und Einschätzung der Lernergebnisse. Sie stellen demzufolge wichtige Indikatoren für die Erfassung und Beurteilung der Kompetenzen dar (Tab. 1.3).

1.1.5 Rechte und Pflichten Auszubildender erfassen

Wie in jeder anderen Ausbildung bestehen für die Auszubildenden in der Pflege Rechte und Pflichten. Diese werden u. a. im **Ausbildungsvertrag** geregelt. Er besteht nach § 16 PflBG zwischen dem Träger der praktischen Ausbildung sowie dem jeweiligen Auszubildenden. Der Vertrag muss nach § 16 Absatz 1 PflBG schriftlich abgeschlossen werden (Abb. 1.8). Die zuständigen Pflegeschulen müssen den vertraglichen Regelungen zustimmen, denn sie tragen die Gesamtverantwortung für die Ausbildung (§ 16 Absatz 6 PflBG). Das PflBG legt Mindestanforderungen an den Inhalt des Ausbildungsvertrags fest. Es müssen z. B. die Dauer der täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit, die maximale Dauer der Probezeit und die Höhe der Ausbildungsvergütung geregelt sein. Einen Überblick über alle notwendigen vertraglichen Regelungen gibt § 16 Absatz 2 PflBG.



Abb. 1.8 Auszubildende unterschreibt einen Ausbildungsvertrag

Die Pflichten der Auszubildenden sind in § 17 PflBG definiert:

Die oder der Auszubildende hat sich zu bemühen, die in § 5 genannten Kompetenzen zu erwerben, die erforderlich sind, um das Ausbildungsziel zu erreichen. Sie oder er ist insbesondere verpflichtet,

1. an den vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen der Pflegeschule teilzunehmen,
2. die ihr oder ihm im Rahmen der Ausbildung übertragenen Aufgaben sorgfältig auszuführen,
3. einen schriftlichen oder elektronischen Ausbildungsnachweis zu führen,
4. die für Beschäftigte in den Einrichtungen nach § 7 PflBG geltenden Bestimmungen über die Schweigepflicht einzuhalten und über Betriebsgeheimnisse Stillschweigen zu wahren und
5. die Rechte der zu pflegenden Menschen zu achten.

(§ 17 PflBG)

Die Ausbildung ist so organisiert, dass sie einen erfolgreichen Abschluss der staatlichen Prüfung unterstützt und möglich macht.

Ausbildungsplan, Praxisbegleitung und Praxisanleitung

- **Ausbildungsplan:** Mit Abschluss des Ausbildungsvertrags soll den Auszubildenden ein Ausbildungsplan vorliegen. Verantwortlich für die Erstellung des Plans ist der Träger der Ausbildung. Der Ausbildungsplan regelt den Ablauf der praktischen Ausbildung. Er muss an das schulinterne Curriculum (Lehrplan) angepasst sein. Die Lehrenden der Schule tragen Verantwortung dafür, dass der Ausbildungsplan eingehalten wird. Sie kontrollieren den von den Auszubildenden zu führenden **Ausbildungsnachweis** (CE1, 2.4) und führen Besuche in der Praxis durch (Praxisbegleitung).
- **Praxisbegleitung:** Die Praxisbegleitung ist ein wesentlicher Bestandteil der praktischen Ausbildung nach den §§ 1, 3 und 4 PflAPrV. Je nach Bundesland wird die Durchführung unterschiedlich geregelt. Grundsätzlich müssen bundeseinheitlich mindestens 7 Praxisbesuche erfolgen (je ein Besuch im Orientierungseinsatz, in den Pflichteinsätzen und im Vertiefungseinsatz). Kernaufgaben der Praxisbegleitenden sind die Beratung der Auszubildenden in exemplarischen Pflegesituationen, die Kontrolle der Ausbildungsqualität in der Praxis, die Einbindung von Praxisthemen in die theoretische Ausbildung und die Beratung der Praxisanleitenden. Die Praxisbegleitung besteht in der Regel aus einem Praxisgespräch, einer im Vorfeld ausgeführten Lernaufgabe und/oder einer Praxisbeobachtung. Im Rahmen der Praxisbeobachtung stellen die Auszubildenden einen Fall aus ihrer Praxis vor und führen anschließend eine einzelne pflegerische Handlung oder eine komplexe Pflegesituation durch. Dies wird anschließend gemeinsam reflektiert und bewertet.

- **Praxisanleitung:** Zentraler Baustein der Pflegeausbildung ist die Praxisanleitung. Sie muss laut § 18 Absatz 1 Nummer 3 PflBG mindestens 10% der vorgesehenen Stundenzahl im Einsatzbereich betragen. Die Praxisanleitungen haben geplant und strukturiert stattzufinden (§ 4 Absatz 1 Satz 3 PflAPrV). Dies müssen die Träger der praktischen Ausbildung sicherstellen und die Auszubildenden im Ausbildungsnachweis dokumentieren. Die Praxisanleitenden müssen über eine qualifizierte Weiterbildung von 300 Stunden verfügen und sich jährlich 24 Stunden zu pflegepädagogischen Themen fortbilden. Die Durchführung einer geplanten und strukturierten Praxisanleitung kann vielfältig gestaltet werden. Letztlich wird dies vom Einsatzbereich und den spezifischen Aufgaben sowie der Kreativität der Praxisanleitenden beeinflusst. Es sind sowohl Einzel- als auch Gruppenanleitungen erlaubt. Im eigenen Interesse sollten die Auszubildenden ihr Recht auf Anleitung unbedingt wahrnehmen bzw. einfordern, da eine qualifizierte Kompetenzentwicklung stark vom Lernen in der Praxis abhängt und nur durch kontinuierliche Praxisanleitung gewährleistet werden kann.

Jahreszeugnisse

Für jedes Ausbildungsjahr werden von der Pflegeschule **Jahreszeugnisse** erstellt. Sie sind laut § 12 PflAPrV eine Voraussetzung für die Zulassung zur staatlichen Abschlussprüfung. Die Jahreszeugnisse weisen schriftliche, mündliche und praktische Leistungen aus. Sie werden aus Leistungsnachweisen in der Schule (schriftlich und mündlich) sowie den „qualifizierten Leistungseinschätzungen“ der praktischen Einsätze gebildet. Verantwortung für die Notenbildung übernehmen die Lehrenden der Pflegeschulen (§ 6 Absatz 1 PflAPrV). Die Noten der Jahreszeugnisse werden zu Vornoten für die Abschlussprüfung zusammengefasst. Sie fließen mit einem Anteil von 25% in die Gesamtnote ein (§ 13 Absatz 2 PflAPrV).

Wahlrecht

Im Rahmen der generalistischen Ausbildung können die Auszubildenden mit dem Träger der praktischen Ausbildung einen Vertiefungseinsatz in der Kinderkranken- oder Altenpflege vereinbaren. Mindestens 6 und spätestens 4 Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels besteht in diesen Fällen ein **verbindliches Wahlrecht**, um die Ausbildung mit einem der **spezialisierten Abschlüsse** (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege) zu beenden. Der Träger der praktischen Ausbildung muss dieses Wahlrecht gewähren und die zuständigen Behörden der Landesregierungen sollen an diese Wahlmöglichkeit erinnern (§ 1 Absatz 7 PflAPrV).

Vergütung, Überstunden, Fehlzeiten und Nachtarbeit

- **Vergütung:** Laut § 19 PflBG muss die Vergütung angemessen sein, d. h. sie darf nicht mehr als 20% unter der üblichen Ausbildungsvergütung liegen. Orientierung bieten hier die Tarifverträge der Länder oder die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der kirchlichen Arbeitgeber wie Caritas oder Diakonie. Grundsätzlich dürfen für die Ausbildung keinerlei Kosten entstehen. Das früher noch zu zahlende Schulgeld wurde abgeschafft.
- **Überstunden:** Fallen Arbeitsstunden über die im Ausbildungsvertrag festgelegten täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeiten hinaus an, so darf dies nur ausnahmsweise erfolgen. Die mehr geleisteten Stunden müssen nach vertraglicher Regelung vergütet oder mit Freizeit ausgeglichen werden.
- **Fehlzeiten:** Die Anteile der theoretischen und praktischen Ausbildung sollen die Kompetenzentwicklung sicherstellen. Darum wird gesetzlich festgelegt, dass die Fehlzeiten in der Schule nur 10% betragen dürfen (§ 13 Absatz 1 PflBG). Jeder Pflichteinsatz in der Praxis muss zu mindestens 75% erfüllt werden (§ 1 Absatz 4 PflAPrV). Während der gesamten praktischen Ausbildung dürfen wie in der Theorie maximal 10% Fehlzeiten entstehen (§ 13 Absatz 1 PflBG). Werden diese Vorgaben nicht erfüllt, entscheidet die zuständige Behörde, ob die Auszubildenden zur Abschlussprüfung zugelassen werden oder die Ausbildung verlängert werden muss.
- **Nachtarbeit:** Arbeitszeiten während der Nacht werden im § 1 Absatz 6 PflAPrV geregelt. Sie sollen nicht vor Beginn der 2. Ausbildungshälfte erfolgen. Vorgeesehen sind mindestens 80 und maximal 120 Stunden unter „unmittelbarer Aufsicht“ von Praxisanleitenden.

Zwischenprüfung und Abschlussprüfung

Genau gesetzlich geregelt wird nur die staatliche Abschlussprüfung (§§ 14–16 PflAPrV). Die **Zwischenprüfung** findet nach § 7 PflAPrV zum Ende des 2. Ausbildungsdrittels statt. Sie stellt ein wichtiges pädagogisches Instrument dar, um den Leistungsstand bzw. die Kompetenzentwicklung einzuschätzen. Nicht ausreichende Kompetenzen führen nicht zu einem Ende der Ausbildung, sondern zur Beratung der Auszubildenden durch die Lehrenden, um individuelle Fördermaßnahmen festzulegen. Diese Förderpläne können je nach Bedarf zusätzliche Praxisanleitungen oder -begleitungen, aber auch Unterrichtsangebote in der Theorie umfassen.

Die **Abschlussprüfung** besteht aus einem **praktischen, schriftlichen und mündlichen Teil**. Den schriftlichen und mündlichen Teil legen die Auszubildenden an der Pflegeschule ab. Die **schriftliche Prüfung** um-

fast 3 zweistündige Klausuren an 3 aufeinanderfolgenden Tagen. Die **mündliche Prüfung** dauert zwischen 30 und 45 Minuten. Den Auszubildenden steht eine angemessene Vorbereitungszeit auf diese Prüfung zu.

Die **praktische Prüfung** findet im Vertiefungseinsatz und in der Regel bei dem Träger der praktischen Ausbildung statt.

Die Prüfung gilt als bestanden, wenn die Klausuren des schriftlichen Teils, der mündliche Teil und der praktische Teil jeweils mindestens mit „ausreichend“ benotet wurden. Bei Nichtbestehen können einzelne Prüfungsteile **einmalig** wiederholt werden.

Die Gesamtnote der staatlichen Prüfung wird aus dem arithmetischen Mittel (Durchschnitt) der 3 Prüfungsteile und den jeweiligen Vornoten gebildet. Diese Noten werden im Abschlusszeugnis ausgewiesen.

Nach dem Erhalt des Zeugnisses über die bestandene Prüfung beantragen die zukünftigen Pflegefachpersonen bei der zuständigen Behörde die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“.

Datenschutz

Datenschutz in der Pflege ist wichtig, um die persönlichen Informationen der zu pflegenden Menschen zu schützen. Das bedeutet, dass alle Daten **vertraulich** behandelt werden müssen und nur von autorisierten Personen eingesehen werden dürfen. Zu den vertraulichen Daten gehören z. B. Name, Geburtsdatum, Krankengeschichte und andere sensible Informationen. Es ist wichtig, dass Pflegefachpersonen und andere Mitarbeitende im Gesundheitswesen entsprechend geschult sind, um sicherzustellen, dass sie die Datenschutzbestimmungen einhalten. Dadurch wird das Vertrauen der zu pflegenden Menschen gestärkt und ihre Privatsphäre geschützt.

Das **Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)** regelt das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Für die Pflege gilt:

- Die Daten der zu pflegenden Menschen dürfen nur mit ihrer Zustimmung gesammelt werden.
- Es dürfen nur solche personenbezogenen Daten gesammelt werden, die für die pflegerische Versorgung notwendig sind.
- Zu pflegende Menschen haben das Recht, über die gesammelten Daten informiert zu werden und ggf. eine Berichtigung, Löschung oder Sperrung zu beantragen.
- Die Weitergabe an Unbefugte steht unter Strafe. Auch Angehörige müssen über eine Einwilligungs-

erklärung verfügen, um Einsicht in personenbezogene Daten zu bekommen.

- Über die Daten darf nicht im Beisein anderer Personen gesprochen werden, dies gilt auch, wenn ein zu pflegender Mensch verstorben ist.
- Es ist sicherzustellen, dass keine unbefugte Person Einsicht in Patientenakten erhält.

► Merke

Pflegefachpersonen, die sich nicht an diese gesetzlichen Bestimmungen halten, müssen mit hohen Bußgeldern bis hin zu einer 2-jährigen Freiheitsstrafe rechnen. Zu pflegenden Menschen, denen durch Datenmissbrauch ein Schaden entsteht, haben Anspruch auf Schadensersatz.

Schweigepflicht

Die **Verschwiegenheitspflicht** oder **Schweigepflicht** in der Pflege bedeutet, dass alle Informationen über die zu pflegenden Menschen geheim gehalten werden müssen. Das gilt für alle Gespräche, Dokumente und elektronischen Daten.

Pflegefachpersonen dürfen keine Informationen über zu pflegende Menschen weitergeben, es sei denn, es liegt eine Einwilligung vor oder es besteht eine gesetzliche Verpflichtung. Die Schweigepflicht dient dazu, das Vertrauen zu schützen und die Privatsphäre zu wahren. Pflegefachpersonen müssen daher sehr vorsichtig sein, um sicherzustellen, dass sie die Schweigepflicht einhalten und alle Informationen vertraulich behandeln. Werden in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung authentische Fälle von zu pflegenden Menschen genutzt, müssen diese anonymisiert werden.

► Merke

Die Verletzung der Schweigepflicht kann nach § 203 des Strafgesetzbuchs (StGB) ebenfalls mit Bußgeld oder einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr geahndet werden. In der Regel unterschreiben Auszubildende und Pflegefachpersonen zu Beginn eines Arbeitsverhältnisses eine sog. **Schweigepflichtvereinbarung**.

Überlegen Sie, in welchen Situationen des Pflegealltags Sie gefährdet sein könnten, gegen die Schweigepflicht oder den Datenschutz zu verstoßen.

- a) Tauschen Sie sich mit Ihrem Tischnachbarn über Ihre Überlegungen aus.
- b) Teilen Sie Ihre Überlegungen mit der Gesamtgruppe.

Patientensicherheit

Wie überall, wo Menschen arbeiten, kann es auch bei der Pflegetätigkeit zu Fehlern kommen. Menschen aller Altersstufen können Schaden nehmen und im schlimmsten Fall dauerhaft darunter leiden. Etwa 90 bis 95% aller Krankenhausbehandlungen verlaufen ohne Zwischenfälle, aber es kommt jährlich in 400 000 bis 800 000 Fällen zu vermeidbaren „unerwünschten Ereignissen“, z. B. zur Entwicklung eines Druckgeschwürs (Dekubitus). Darum ist es wichtig, Fehlerquellen zu kennen und für Risiken sensibilisiert zu sein.

Sicherheit herzustellen gehört, wie im Caring-Konzept beschrieben, zu den wesentlichen Kernstrategien der professionellen Pflege. Sicher fühlen sich die zu pflegenden Menschen, wenn sie zuverlässig, verantwortungsbewusst und verständnisvoll versorgt werden. Dies liegt im Einflussbereich jeder einzelnen mit der Pflege betrauten Person. Verantwortungsbewusste Pflege bedeutet auch, eine positive Fehlerkultur zu leben. Dürfen Fehler eingestanden werden, ohne dass sie zur Bloßstellung oder zu Sanktionen führen, und forscht man gemeinsam nach ihren Ursachen, können sie zukünftig vermieden werden, sodass alle davon profitieren.

Zudem gibt es einige grundlegende „Patientensicherheitsmaßnahmen“, die durchgeführt werden müssen. Sie umfassen Maßnahmen zur **Stärkung der Patientensicherheit** und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, z. B.:

- Vermeidung nosokomialer (in der Pflegeeinrichtung zugezogener) Infektionen (CE5, 1.7, Abb. 1.9)
- Vermeidung von Thrombosen und Lungenembolien
- Schmerzmanagement
- sicheres Operieren
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Medizinproduktesicherheit
- Management von Notfallsituationen



Abb. 1.9 Händedesinfektion, eine Maßnahme zur Patientensicherheit

Betrachten Sie die Maßnahme zur Patientensicherheit in **Abb. 1.9**: Was sagt die Abbildung für Sie hinsichtlich der Patientensicherheit aus?

Weiterhin werden Patientensicherheitsmaßnahmen durch die verbindliche Umsetzung der Expertenstandards (CE1, 4.6.2) in der Pflege, der einrichtungsinternen Pflegestandards und der Anwendung allgemeingültiger Checklisten, z. B. vor chirurgischen Eingriffen, gewährleistet. Einrichtungen des Gesundheitswesens sorgen mit qualifizierten Fachkräften im Qualitätsmanagement (CE1, 2.3.5) für die Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen und deren Weiterentwicklung. Letztlich hängt die Patientensicherheit jedoch von der jeweils verantwortlichen, handelnden Person und ihren Kompetenzen ab.

► Merke

Patientensicherheit muss als Eigenschaft und Handlungsfähigkeit gesehen werden und weniger als ein Befolgen von Regeln. Ziel sollte es sein, die Sicherheit aller zu pflegenden Menschen durch aktives, kompetentes Handeln zu erhöhen.

► Tipp

Sehr ausführlich beschreibt das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ Wege zu mehr Patientensicherheit sowie die notwendigen Kompetenzen für Mitarbeitende im Gesundheitswesen: www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf

Arbeitsrecht im Krankenhaus und Gesundheitswesen

Grundsätzlich gelten in der Pflege die gleichen arbeitsrechtlichen Regelungen wie in anderen Branchen. Dennoch liegen in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einige arbeitsrechtliche Besonderheiten vor.

Die Arbeitsverhältnisse gestalten sich durch die speziellen Vorgaben der Träger sowie durch die Eigenarten der verschiedenen Berufsgruppen sehr unterschiedlich. Auch die Organisationsstrukturen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung sind von Bedeutung.

Es gibt folgende **Arten von Trägern** der Gesundheitseinrichtungen (**Abb. 1.10**):

- öffentliche, z. B. Städtische Kliniken, bundesland-eigene Universitätskliniken

- kirchliche, z. B. Kliniken und Pflegeeinrichtungen der Diakonie oder Caritas
- private, z. B. Helios Kliniken GmbH, BGKliniken der gesetzlichen Unfallversicherung
- Je nach Träger gelten individuelle arbeitsrechtliche Anforderungen.



Abb. 1.10 Unterschiedliche Arten von Trägern (von oben nach unten): öffentlich, kirchlich, privat

In Kliniken und Pflegeeinrichtungen in **öffentlich-rechtlicher Trägerschaft** ist das Arbeitsrecht des öffentlichen Dienstes zu beachten. Grundlage hierfür bilden Tarifverträge wie der Tarifvertrag der Länder (TV-L).

In Einrichtungen der **kirchlichen Träger** findet kirchliches Arbeitsrecht Anwendung. Die Arbeitsbedingungen sind in der Regel in Arbeitsvertragsrichtlinien festgelegt. Sie werden durch arbeitsrechtliche Kommissionen aus-

gehandelt. Für Mitarbeitende im Krankenhaus sind im katholischen Bereich die Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas (AVR), im evangelischen Bereich die Arbeitsvertragsrichtlinien der Diakonie Deutschland von Bedeutung. Zudem müssen alle Mitarbeitenden die Glaubens- und Sittenlehre der entsprechenden Kirche beachten.

Private Träger müssen wie die öffentlichen und kirchlichen eine gute Versorgung der zu pflegenden Menschen gewährleisten. Sie benötigen entsprechend qualifizierte Mitarbeitende. Demzufolge können private Klinikunternehmen nur mit einer leistungsgerechten Bezahlung und arbeitsrechtlichen Bedingungen in Anlehnung an geltende öffentliche Tarifverträge bestehen.

Je nach Arbeitgeber bzw. Träger der Ausbildung orientieren sich die arbeitsrechtlichen Bedingungen an den jeweiligen Vorgaben der **Tarifverträge (CE1, 4.3.3)**. Dies muss im Einzelnen im Arbeits- bzw. Ausbildungsvertrag nachgelesen werden.

Geregelt werden in allen Verträgen:

- Arbeitszeit
- Urlaubsanspruch
- Schwangerschaft
- Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

Jugendliche Auszubildende unterliegen besonderen gesetzlichen Bestimmungen, dem **Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)**.

Das Jugendarbeitsschutzgesetz regelt den Schutz junger Menschen unter 18 Jahren. Es legt u. a. fest, wie lange sie arbeiten dürfen, welche Pausen sie einhalten müssen und welche Arbeiten für sie verboten sind. Das Gesetz soll sicherstellen, dass junge Menschen gesundheitlich und persönlich nicht überfordert werden und ihre schulische Ausbildung nicht vernachlässigen.

Jeder Arbeitgeber, der Jugendliche beschäftigt, ist dazu verpflichtet, einen Abdruck des Jugendarbeitsschutzgesetzes im Betrieb auszulegen.

► Tipp

Im Internet steht eine Broschüre zum Download bereit: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a707-klare-sache-jugendarbeitsschutz-und-kinderarbeitsschutzverordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Betriebsverfassungsgesetz

Das **Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)** regelt die Mitbestimmung der Arbeitnehmer in Betrieben. Es

leistet einen wesentlichen Beitrag zur demokratischen Teilhabe am Arbeitsplatz.

In der Pflegebranche ist es besonders wichtig, da hier oft hohe Arbeitsbelastung und Stress herrschen. Das Gesetz ermöglicht es den Mitarbeitenden, ihre Interessen und Anliegen gegenüber dem Arbeitgeber zu vertreten und mitzugestalten. Dadurch können Arbeitsbedingungen verbessert, Konflikte gelöst und die Arbeitszufriedenheit erhöht werden. Eine starke Betriebsverfassung ist daher entscheidend für eine gute Arbeitsatmosphäre und die Qualität in der Pflege. Das Gesetz hat Gültigkeit für die Einrichtungen in öffentlicher und privater Trägerschaft.

In Einrichtungen der kirchlichen Träger basiert die Mitbestimmung (Mitarbeitervertretung – MAV) auf dem kirchlichen Arbeitsrecht und ist in den Mitarbeitervertretungsgesetzen (MVG) oder den Mitarbeitervertretungsordnungen (MVO) geregelt.

Betriebsrat

Wichtige **Aufgaben des Betriebsrats** nach dem Betriebsverfassungsgesetz sind:

1. allgemeine Aufgaben des Betriebsrats (§ 80 BetrVG)

- Überwachung der Einhaltung der zugunsten der Arbeitnehmer geltenden Gesetze, Verordnungen, Betriebsvereinbarungen, Tarifverträge
- Beantragung von Maßnahmen, die der Belegschaft und dem Betrieb dienen
- Förderung der Eingliederung Schwerbehinderter und Schutzbedürftiger
- Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer im Betrieb
- Durchführung der Wahl der Jugend- und Auszubildendenvertretung
- Entgegennahme und ggf. Weiterleitung von Anregungen der Arbeitnehmer
- Integration von Ausländern im Betrieb und Förderung des Verständnisses zwischen ausländischen und deutschen Arbeitnehmern
- Förderung des betrieblichen Umweltschutzes
- Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

2. erzwingbare Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats (§ 87 BetrVG)

- Fragen der betrieblichen Ordnung und des Verhaltens von Arbeitnehmern im Betrieb
- Regelung der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeit sowie der Pausen
- Anordnung von Überstunden und Einführung von Kurzarbeit
- Einführung und Anwendung technischer Einrichtungen, die geeignet sind, das Verhältnis oder die Leistung der Arbeitnehmer zu überwachen

- allgemeine Grundsätze der Urlaubsregelung und Urlaubsplanung
- Regelungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Form, Ausgestaltung und Verwaltung von Sozialeinrichtungen
- Fragen der betrieblichen Lohngestaltung; Festsetzung von Akkord- und Prämiensätzen; Zeit, Ort und Art der Auszahlung der Arbeitsentgelte
- Grundsätze über das betriebliche Vorschlagswesen

Auch Auszubildende können sich unabhängig von ihrem Alter aktiv einbringen. Sie werden durch die **Jugend- und Ausbildungsververtretung (JAV)** im Betriebsrat oder in der Mitarbeitervertretung repräsentiert. Wer mitarbeiten möchte, kann sich bei den Wahlen zur JAV aufstellen lassen. Sie finden in der Regel alle 2 Jahre statt.

► Tipp

Weitere Informationen bietet z. B. die folgende Internetseite: www.agmav-wuerttemberg.de/index.php/rechte-der-jugend-und-auszubildendenvertretung

Recherchieren Sie, ob es beim Träger Ihrer Ausbildung einen Betriebsrat bzw. eine Mitarbeitervertretung gibt.

- a) Identifizieren Sie einen Ansprechpartner, der für die Belange der Auszubildenden zuständig ist.
- b) Finden Sie ein Beispiel für die Arbeit bzw. Aufgaben „Ihres“ Betriebsrats bzw. Ihrer Mitarbeitervertretung.

1.2 Den Lernprozess in der Ausbildung aktiv gestalten

Jede Person hat eine eigene und unverwechselbare „Lerngeschichte“. Es deutet vieles darauf hin, dass diese Biografie entscheidend für das Lernverhalten ist.

Mit der folgenden Aufgabe verschaffen Sie sich einen Überblick über den Verlauf und Ihre Erfahrungen mit dem Lernen. Wann waren Lernerfolge zu verzeichnen? Wann war das Lernen eher schwierig? Berücksichtigen Sie nicht nur das Lernen in der Schule. Prägende Erfahrungen können auch in anderen Bereichen gemacht worden sein – Lernen findet nicht ausschließlich in der Schule statt. Überlegen Sie, was bedeuten einzelne Situationen des



Abb. 1.11 Lernen mithilfe der sinnlichen Wahrnehmung

Lernens für Sie und für die Entwicklung Ihrer Persönlichkeit als Lernende bzw. Lernender?

- Tragen Sie in das digital vorliegende Diagramm ein, wann Ihr Lernen erfolgreich, wann eher schwierig war. Markieren Sie mithilfe von Kreuzen wichtige schulische, evtl. berufliche, familiäre oder bildungsbezogene Situationen und Ereignisse.
 ↓ CE1_1_Diagramm
- Bewerten Sie diese auf der Skala von „sehr erfolgreich“ bis „gar nicht erfolgreich“ so, wie ein „objektiver“ Betrachter sie von außen sehen würde.
- Schreiben Sie ein Stichwort bzw. das Ereignis dazu.
- Die Kreuze werden mit einer Linie zu einer Verlaufskurve verbunden.
- In einem 2. Schritt vermerken Sie mit einer anderen Farbe, wie Sie sich jeweils gefühlt haben. Markieren Sie diese Situationen mit Bildern oder Stichwörtern.
- Austausch in einer Partnerarbeit: Zeigen Sie einander Ihre Verlaufskurven. Sagen Sie einander, was Ihnen auffällt und fragen Sie gegebenenfalls nach. Erläutern Sie sich dann gegenseitig Ihre „Lernbiografie“.

1.2.1 Bedeutung des Lernens verstehen

Lernen ist ein Prozess, der von der 1. Lebensstunde bis zum Lebensende andauert. Lernen hört also niemals auf, man spricht auch vom **lebenslangen Lernen**. Lernen umfasst das Aufnehmen, Verstehen und Anwenden neuer Informationen, Fähigkeiten, Verhaltensweisen oder Konzepte. Neue Informationen werden mithilfe der

sinnlichen Wahrnehmung aufgenommen. Die Fähigkeiten zu sehen, zu hören, zu riechen, zu schmecken und zu fühlen sind die Grundvoraussetzung aller Lernprozesse. Die aufgenommenen **Sinnesreize** werden durch das Gehirn verarbeitet und im Gedächtnis gespeichert (Abb. 1.11). Über Geschmack und Geruch lernen die Menschen z. B. Essbares von Ungenießbarem zu unterscheiden. Beeinträchtigungen der sinnlichen Fähigkeiten können das Lernen erschweren. Kleinkinder, die z. B. nicht gut hören, lernen schlechter oder später sprechen als Kinder mit einem physiologischen Hörvermögen.

Lernen geschieht auf verschiedene Arten, häufig durch Beobachtung, Nachahmung und Erfahrung, im Unterricht oder in einem gezielten Training. Lernen ermöglicht es, sich anzupassen, zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Lernen verfolgt das Ziel, das neu Erlernte in einer privaten oder beruflichen Situation erfolgreich anzuwenden. Es gilt die Regel: Anwendungswissen ist am wertvollsten.

Das reine Auswendiglernen für eine Klausur, eine Prüfung oder eine Note erzeugt sog. „Schwammwissen“. Das bedeutet, dass das Gehirn nur für kurze Zeit Wissen „aufsaugt“ und es im Anschluss schnell verliert. Auswendig gelerntes muss nicht wirklich verstanden worden sein. Es hilft in der Folge daher in der Praxis nicht weiter.

Dauerhaft erfolgreiches Lernen hinterlässt neue Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen, sog. **Resourcen**. Dazu braucht es vielfältige Wiederholungen und Zeit für Übungsphasen.

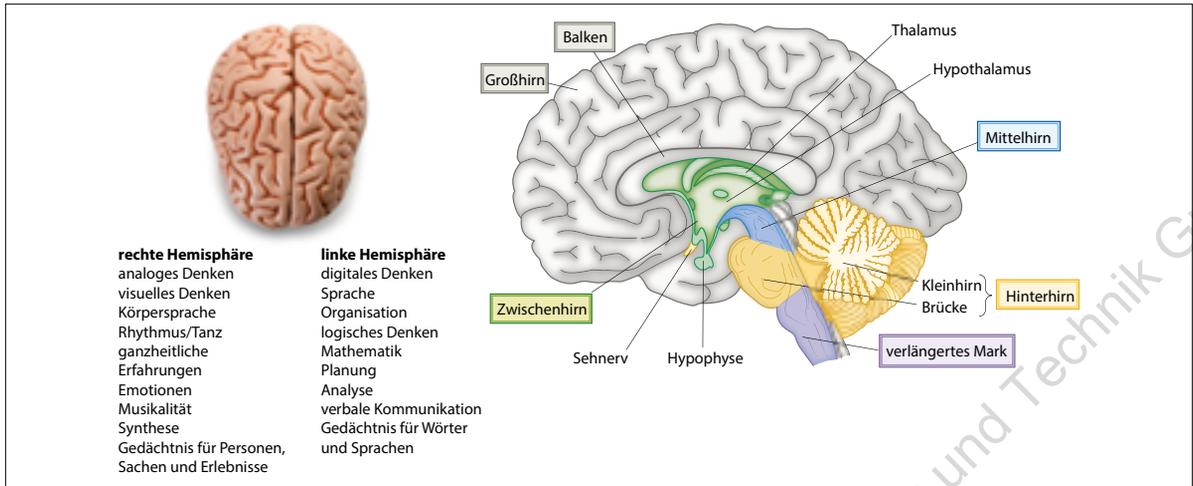


Abb. 1.12 Rechte und linke Gehirnhälfte und die Gehirnabschnitte

► Merke

In Lernprozessen entstehen vielfältige persönliche „Ressourcen“, auf die die Lernenden zurückgreifen und mit ihrer Hilfe neue oder veränderte Situationen bewältigen können. Sie verfügen dadurch über ein verändertes Verhaltenspotenzial und damit über eine (neue) Handlungskompetenz.

Handlungskompetenz entwickelt sich insbesondere dann, wenn bereits das Lernen selbstständig und selbstreguliert stattfindet. Dadurch werden Probleme erkannt und Lösungsmöglichkeiten werden gesucht und gefunden.

► Merke

Selbstreguliert zu lernen bedeutet:

- den Lernprozess aktiv mitzugestalten = Lernziele kennen und Lernstrategien weitgehend selbst auswählen.
- den Lernprozess selbst zu überwachen = persönliche Fortschritte reflektieren und richtig einschätzen.
- das Lernen an Zielen auszurichten = Lernanstrengungen auf das Erreichen eines bestimmten Zieles hin ausrichten.
- ein eigenes Lernprofil entwickeln = persönliche Merkmale erkennen, die auf die Lernerfolge Einfluss nehmen und ggf. Veränderungen vornehmen.

Selbstreguliertes, lebenslanges Lernen stellt eine wichtige Kernkompetenz dar. Ständige Veränderungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Pflege erfordern die Fähigkeit, sich neues (Fach-)Wissen

selbstständig anzueignen und in den beruflichen Alltag zu integrieren. Die Bereitschaft, als Pflegefachperson offen und engagiert zu sein, unterstützt das Ziel der Berufsgruppe, eine qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung der zu pflegenden Menschen sicherzustellen.

1.2.2 Lernen und das Gehirn – Lernen verstehen

Ob und wie der Einzelne lernt, wird von verschiedenen Faktoren wie der Motivation, dem Umfeld oder der Konzentrationsfähigkeit beeinflusst. Die Erstellung einer **Lernbiografie** zeigt auf, wann und wie das bisherige Lernen in der Schule oder in anderen Lebensbereichen verlief. Diese sehr persönliche Reflexion macht deutlich, dass nicht nur das Gehirn und die „kognitive Lerngeschichte“, sondern auch körperlich-leibliche und emotionale Erfahrungen eine erhebliche Rolle spielen.

Alles, was und auch wie es bislang gelernt und erinnert wurde, nimmt Einfluss auf das weitere Lernen und die Kompetenzentwicklung in der Ausbildung. Dasselbe Lernangebot führt beim Einzelnen aufgrund seiner Erfahrungen und Emotionen nicht immer zum gleichen Lernergebnis. Lernen ist individuell.

Lernen spielt sich im **Gehirn** ab. Zu wissen, wie das Gehirn funktioniert, kann dabei helfen, die idealen Umstände zu schaffen, damit Lernen gelingt (Abb. 1.12).

Lernprozesse funktionieren besonders gut, wenn die Lerninhalte relevant erscheinen, mit Vorwissen verknüpft werden können und emotional berühren. Die Wahrnehmung, das Denken, Verstehen und Urteilen wird oft mit

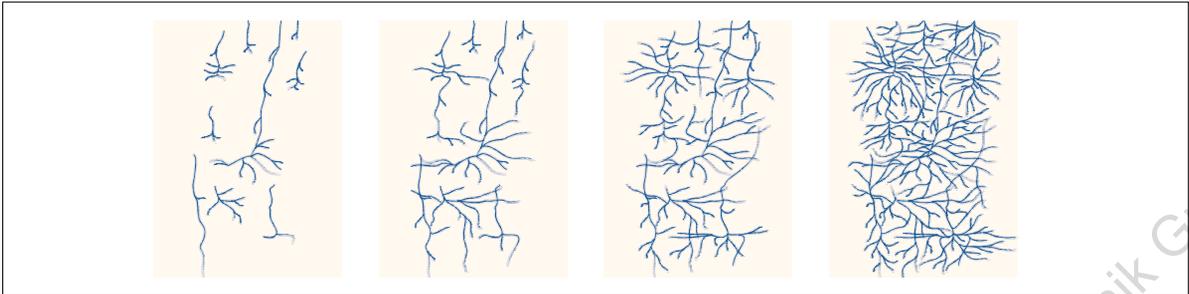


Abb. 1.13 Entwicklung neuronaler Netzwerke („Plastizität“)

Emotionen verbunden und im Gedächtnis gespeichert. Diese Emotionen bleiben häufig unbewusst. Lernen und Emotionen stehen in einem engen Zusammenhang.

► **Merke**

Emotionen haben einen starken Einfluss auf das Gedächtnis und seine Leistung. Positive Reize sorgen dafür, dass Lerninhalte langfristig besser gespeichert und verarbeitet werden. Emotionalität und Spaß beim Lernen sind wesentlich für den Lernerfolg.

Positive Reize und **Emotionalität** entstehen insbesondere, wenn die Lerninhalte:

- selbst erlebt werden können oder an Erlebtes anknüpfen
- als sinnvoll und attraktiv betrachtet werden
- selbstreguliert und selbstbestimmt erlernt werden können
- alle Sinne ansprechen
- neugierig machen
- persönliche Emotionen bewusst machen und einbeziehen

Pia, Yara und Jonas können mit ihren Mitauszubildenden die Selbsterfahrung zur Pflegemaßnahme „Legen einer Magensonde“ machen. Eine Magensonde muss von Pflegenden angelegt werden, wenn Störungen oder Beeinträchtigungen der oralen Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr vorliegen, z. B. bei Schluckstörungen oder nach verschiedenen operativen Eingriffen. Im theoretischen Unterricht haben sie die Umstände und Beweggründe für diese pflegerische Maßnahme sowie die notwendigen Vorbereitungen, die Durchführung und die Nachbereitung vermittelt bekommen. Die tatsächliche Durchführung erfolgt nun unter Anleitung in den Praxiseinsätzen der entsprechenden Fachbereiche, z. B. HNO-Abteilungen, Versorgung Früh- und Neugeborener, neurologische Abteilungen. Besteht die Möglichkeit, fachpraktischen Unter-

richt zu gestalten und unterstützen Lehrende und/oder Praxisanleitende die Auszubildenden dabei, einander eine Magensonde zu legen und einzuüben, führt dies zu weitreichenden individuellen Erfahrungen. Die Auszubildenden lernen aus erster Hand die Abläufe kennen und verspüren selbst die Ängste, Sorgen und Widerstände, die die Pflegemaßnahme mit sich bringt. Das eigenständige Tun und die Verknüpfung mit den unterschiedlichsten Emotionen lösen einen nachhaltigeren Lernprozess aus – das Legen einer Magensonde wird abrufbarer im Gedächtnis gespeichert und die Sichtweise der zu pflegenden Menschen nachvollziehbarer.

Das Lernen und das Gedächtnis sind wichtige Funktionen und im Gehirn miteinander verbunden. Beim Lernen werden neue Informationen aufgenommen und verarbeitet. Das Gedächtnis speichert diese Informationen, um sie bei Bedarf wieder abrufen zu können.

Lernen funktioniert auf verschiedene **Arten**:

- **auditives Lernen** durch Lesen oder Zuhören
- **visuelles Lernen** durch Anschauen von Bildern und Videos
- **praktisches Lernen** durch Ausprobieren und Einüben

Bei allen Lernarten werden neue Verbindungen zwischen den Nervenzellen im Gehirn hergestellt („Synapsenbildung“). Es entstehen sog. „**neuronale Netzwerke**“ (Abb. 1.13). Säuglinge und Kleinkinder entwickeln durch das Lernen vieler neuer Fähigkeiten in kurzer Zeit ein sehr dichtes Netzwerk dieser Synapsen. Nicht alle werden im weiteren Verlauf des Lebens benötigt. Darum besteht die weitere Gehirnentwicklung auch darin, die für die persönliche Lebenswelt nicht relevanten Synapsen abzubauen. Häufig benutzte Netzwerke hingegen werden z. B. durch wiederholtes Üben verstärkt.

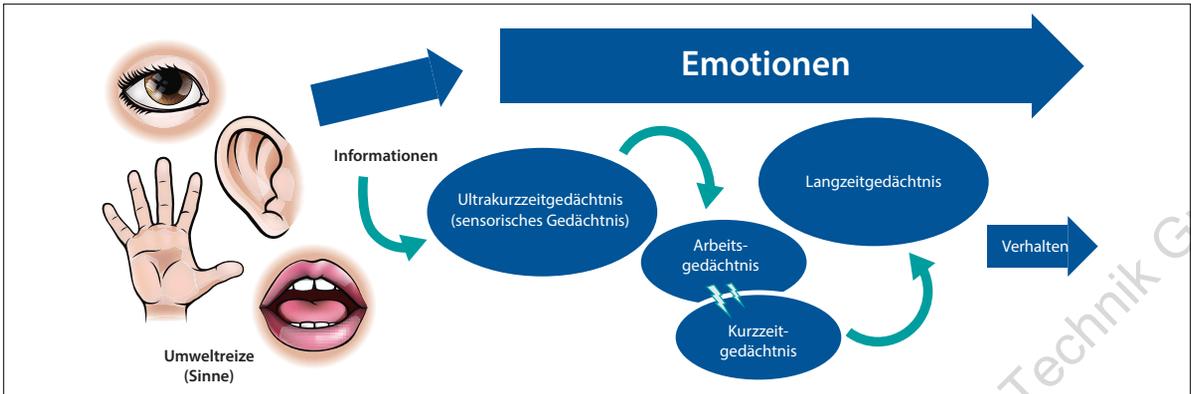


Abb. 1.14 Zusammenhang von Lernen, Emotionen und Gedächtnis (nach Fell 2016)

- Schauen Sie sich das Video des Max-Planck-Instituts an. Es zeigt, wie das Gehirn lernt: www.max-wissen.de/max-media/synaptische-plastizitaet-wie-das-gehirn-lernt-max-planck-cinema/
 - Notieren Sie sich in einem 1. Schritt Stichpunkte dazu, was beim Üben im Gehirn passiert.
 - Erstellen Sie im nächsten Schritt ein Bild oder eine Grafik zu den Vorgängen.
 - Tauschen Sie sich in Kleingruppen über Ihre Ergebnisse aus.
- Diskutieren Sie in der Kleingruppe die Aussage: „Übung macht den Meister.“

► Tipp

Alle Gedächtnisbereiche können mit speziellen Übungen („Gehirnjogging“) trainiert und in ihrer Funktion verbessert werden. Staatlich geförderte Trainingsprogramme stehen online und kostenlos zur Verfügung, z. B. <https://blog.neuronation.com/de/gedachtnisubungen-kostenlos/>

Für das lebenslange Lernen bestehen im Gehirn gute Voraussetzungen. Denn die Fähigkeit, Netzwerke zu verstärken und neue Synapsen zu bilden, bleibt bis ins hohe Alter erhalten (Abb. 1.14). Das **Gedächtnis** besteht aus 3 verschiedenen Bereichen:

- **Ultrakurzzeitgedächtnis:** es wird auch sensorisches Gedächtnis genannt. Hierher gelangen alle Reize aus der Umgebung als Erstes. Sie überdauern nur wenige Millisekunden, wenn sie nicht als bedeutsam bewertet werden. Bedeutsame Informationen gelangen ins Arbeitsgedächtnis.
- **Arbeitsgedächtnis** (früher Kurzzeitgedächtnis): es erlaubt, Informationen für kurze Zeit zu behalten, die Kapazität ist allerdings begrenzt. Ohne Konzentration und Training lassen sich etwa 7 Informationen für wenige Minuten speichern. Wiederholungen, Verknüpfungen mit Vorwissen, Emotionen oder gedankliche Bilder ermöglichen die Speicherung im Langzeitgedächtnis.
- **Langzeitgedächtnis:** es ermöglicht, Informationen über einen längeren Zeitraum zu speichern. Manche können lebenslang abgerufen werden. Die Kapazität ist nahezu unbegrenzt.

Um die Gehirnfunktionen, das Lernen und das Gedächtnis zu unterstützen, ist es wichtig, sich aufmerksam mit Informationen zu beschäftigen und neue Fähigkeiten regelmäßig und wiederholt einzuüben. Die **geistige bzw. kognitive Leistungsfähigkeit** lässt sich zudem durch ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und regelmäßige körperliche Bewegung oder Sport steigern.

1.2.3 Lernbeeinflussende Faktoren

Nicht nur Emotionen und die beschriebenen Gehirnfunktionen nehmen Einfluss auf das Lernen. Es lassen sich weitere **lernbeeinflussende Faktoren** feststellen, die das Lernen leichter oder schwerer fallen lassen (Abb. 1.15). Dazu gehören z. B. die Lernraumumgebung, die angewendeten Lernstrategien und individuelle Faktoren wie die kognitiven Fähigkeiten und das Vorwissen bzw. die bereits vorhandenen Ressourcen einer Person. Es macht Sinn, diese Einflussfaktoren zu kennen und ihre Bedeutung für das eigene Lernen zu beurteilen (Tab. 1.4).

Eine „positive Lernumgebung“ wirkt sich lernförderlich aus: ein wertschätzender Umgang miteinander, Anerkennung und positives Feedback schaffen eine angenehme **Lernatmosphäre**. Angst und Stressempfinden machen Lernen hingegen unmöglich.

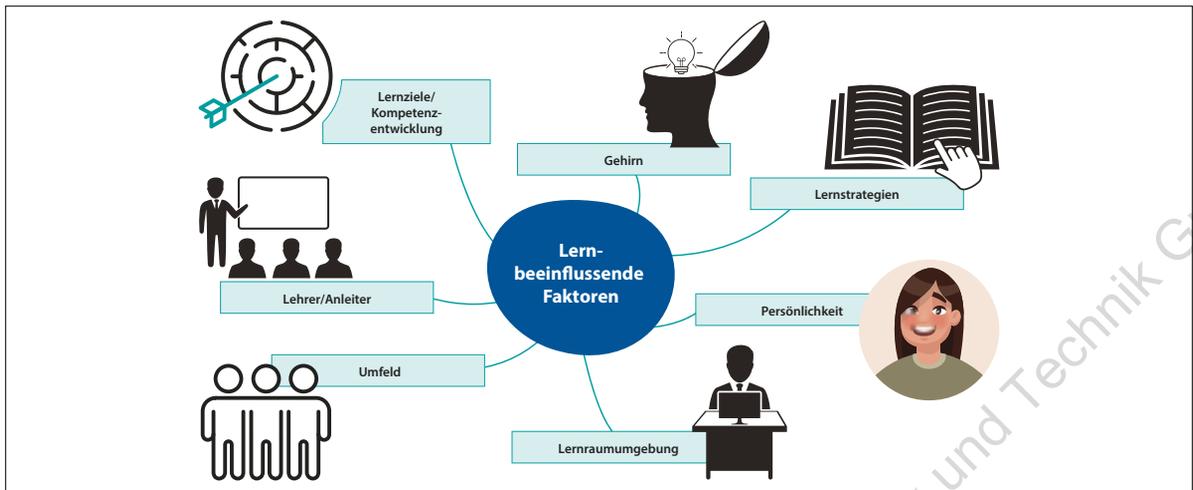


Abb. 1.15 Lernbeeinflussende Faktoren

Die Nutzung der Erkenntnisse aus der Lernbiografie und die Reflexion der Bedeutung der Einflussfaktoren helfen dabei, Stärken und Schwächen des Lernens zu entdecken und daran zu arbeiten. Gelingt dies nicht allein, bieten die Pflegeschulen in der Regel Lernberatungsgespräche an, die freiwillig und mit speziell geschulten Lernberatern durchgeführt werden. Je frühzeitiger eine solche Beratung einsetzt, desto erfolgversprechender kann der persönliche Lernprozess innerhalb der Ausbildung beeinflusst werden.

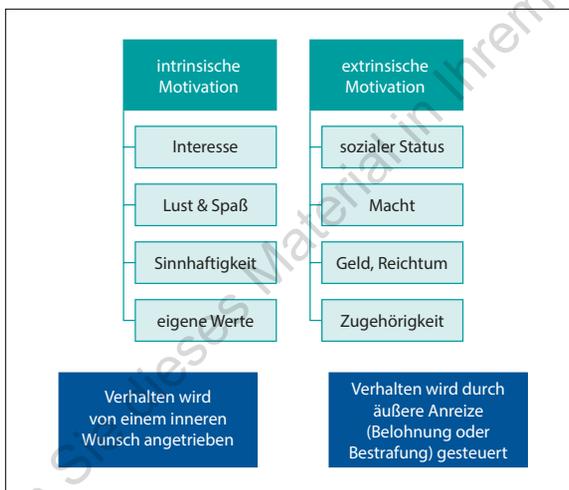


Abb. 1.16 Gegenüberstellung intrinsische und extrinsische Motivation

Die **Motivation** einer Person, zu lernen und sich Wissen anzueignen, kann stark von ihrer Persönlichkeit abhängen. Menschen mit einer **intrinsischen Motivation** lernen, weil sie von sich aus interessiert sind, Lust und Spaß daran haben und Erfüllung darin finden. **Extrinsisch motivierte** Menschen lernen hingegen aufgrund

äußerer Reize. Dies kann eine Strafe oder Belohnung sein oder aber auch die Aussicht auf mehr Geld, Macht und Einfluss. In der Regel bringt die intrinsische Motivation eine höhere Leistungsbereitschaft mit sich und ist von Dauer. Sie gilt als starke Antriebskraft. Die extrinsische Motivation ist ein eher kurzfristiger Antrieb und macht dauerhaft nicht zufrieden (Abb. 1.16).

Die Fähigkeit zur **Selbstregulation**, also die Fähigkeit, sich selbst zu motivieren, zu organisieren und zu kontrollieren, ist ein wichtiger Faktor für erfolgreiches Lernen. Menschen mit einer starken Selbstregulation sind oft besser in der Lage, ihre Zeit zu managen, sich auf ihre Ziele zu konzentrieren und Hindernisse zu überwinden.

Das **Selbstkonzept** einer Person, also die Vorstellungen und Überzeugungen über sich selbst in Bezug auf ihre Fähigkeiten, kann ihre Lernleistung beeinflussen. Menschen mit einem positiven Selbstkonzept sind oft selbstbewusster, motivierter und erfolgreicher beim Lernen.

Hilfreich ist das Bewusstmachen der wesentlichen Einflussfaktoren auf das Lernen und das Lernverhalten. Sie können hinterfragt werden, sodass ggf. Handlungs- oder Unterstützungsbedarf deutlich wird.

1. Nutzen Sie Tabelle 1.4 und beantworten Sie die Reflexionsfragen zu den lernbeeinflussenden Faktoren in der letzten Spalte der Tabelle.
2. Ziehen Sie ein Fazit. Welchen Handlungs- oder Unterstützungsbedarf erkennen Sie für sich persönlich? Wenden Sie sich ggf. an die Verantwortlichen der Ausbildung oder nehmen Sie Lernberatung in Anspruch.

Tab. 1.4 Lernbeeinflussende Faktoren

Faktoren	Beschreibungen	Reflexionsfragen
Zielsetzung	Es ist wichtig, klare, spezifische und herausfordernde Lernziele zu setzen, die die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten einer Person berücksichtigen. Das Erreichen von Lernzielen entspricht der Entwicklung von Ressourcen. Die regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Lernziele/Ressourcen trägt dazu bei, die Motivation aufrechtzuerhalten und die Lernleistung zu verbessern.	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Zielsetzung verfolge ich? • Mit welchen nächsten kleinen Schritten lässt sich dieses Ziel erreichen? • Wie kann ich überprüfen, ob ich meine Ziele erreicht habe?
Konzentrationsfähigkeit	Die Konzentrationsfähigkeit ist ein wichtiger Faktor, der die Lernleistung stark beeinflusst. Eine gute Konzentrationsfähigkeit ermöglicht es, sich auf eine Aufgabe oder ein Thema zu fokussieren, Ablenkungen zu minimieren und Informationen effektiv aufzunehmen und zu verarbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch schätze ich meine Konzentrationsfähigkeit ein? • Wie gut fördere ich meine Konzentrationsfähigkeit (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Medienkonsum, Umgebungsgestaltung)?
Persönlichkeit	Die Persönlichkeit eines Menschen kann einen erheblichen Einfluss auf sein Lernverhalten und seine Lernleistung haben. Zu den persönlichkeitsabhängigen Faktoren gehören die Motivation, der Lernstil, die Selbstregulation und das Selbstkonzept.	<ul style="list-style-type: none"> • Lerne ich aus eigenem Interesse und habe Freude daran? • Welche Lernstile kenne ich, die mein Lernen erleichtern? • Wie gut kann ich mich selbst regulieren? • Wie überzeugt bin ich von meinen Fähigkeiten?
Umfeld	Das Umfeld umfasst sowohl den physischen als auch den sozialen Kontext, in dem das Lernen stattfindet. Die Gestaltung des Lern- bzw. Arbeitsplatzes, die Tageszeit, Mitlernende, die zur Verfügung stehenden Lernmaterialien, Unterstützung von Familie und Freunden und kulturelle Einflüsse wirken förderlich oder hemmend.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist mein Arbeitsplatz gestaltet? • Zu welcher Tageszeit lerne ich am besten? • Wie lerne ich am besten – in der Gruppe oder allein? • Welche Lernmaterialien stehen mir zur Verfügung? • Wie unterstützen mich meine Familie und meine Freunde? • Welche Rolle spielen kulturelle Einflüsse bei meinem Lernen?
körperliche und physische Verfassung	Die körperliche Gesundheit und Fitness beeinflussen die kognitive Leistungsfähigkeit, die Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit, Informationen effektiv zu verarbeiten und zu behalten. Chronische Erkrankungen, akute gesundheitliche Probleme und psychische Belastungen beeinträchtigen die Lernleistung.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteile ich meine körperliche Gesundheit/Fitness? • Inwiefern kann eine vorliegende chronische Erkrankung mein Lernen beeinflussen? • Welche Unterstützungsangebote kann ich in Anspruch nehmen, wenn ich mich psychisch belastet fühle?
Lerninhalte	Es ist wichtig, sich mit Lerninhalten zu beschäftigen, die das Interesse und die Motivation ansprechen. Sie müssen auch angemessen herausfordernd sein, also nicht über- oder unterfordern. Nützliche und relevante Lerninhalte werden leichter erlernt.	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Lerninhalte der Ausbildung interessieren und motivieren mich besonders? • Langweile ich mich im Unterricht oder fühle ich mich herausgefordert? • Welche Relevanz und welchen Nutzen der Lerninhalte erkenne ich?
Lehrende/Anleitende	Die Art und Weise, wie Lehrende den Unterricht bzw. Anleitende eine Anleitung gestalten, die Beziehung zu den Auszubildenden pflegen und Feedback geben, wirkt sich auf die Effektivität und Effizienz des Lernens aus.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteile ich die Gestaltung der Unterrichtsstunden bzw. der Anleitungssituationen? • Wie beurteile ich die Lernatmosphäre in der Schule bzw. in der Praxis?

1.2.4 Lernstile

Führen Sie folgenden Test zu Ihrem persönlichen Lernstil/-typ durch und merken Sie sich Ihre bevorzugten Lernstile: www.philognosie.net/lerntypen/lerntypen-test-welcher-lerntyp-bin-ich

Die Persönlichkeit einer Person kann ihren bevorzugten **Lernstil** beeinflussen. Einige Menschen lernen besser durch visuelle Reize, andere durch auditiv, kommunikative oder taktil-haptische Methoden (Abb. 1.17). Die Kenntnis des eigenen Lernstils kann helfen, effektiver zu lernen und Informationen besser zu behalten:



Abb. 1.17 Lernstile: a) visueller Lernstil, b) auditiver Lernstil, c) kommunikativer Lernstil, d) taktil-haptischer Lernstil

- Beim **visuellen Lernstil** bevorzugen die Lernenden das Sehen und Verwenden visuelle Hilfsmittel wie Bilder, Filme, Diagramme oder Grafiken, um Informationen besser zu verstehen und zu behalten. Sie profitieren von farbigen Präsentationen oder übersichtlichen Mindmaps, die ihnen helfen, Zusammenhänge zu erkennen und zu behalten.
- Beim **auditiven Lernstil** lernen Lernende am besten durch das Hören von Informationen. Sie bevorzugen Vorträge, Podcasts und Diskussionen. Das Wiederholen von Informationen oder das Erstellen von Lernmaterial in Form von Audioaufnahmen kann ihnen helfen, das Gelernte besser zu verinnerlichen.
- Beim **kommunikativen Lernstil** funktioniert Lernen am besten während der Interaktion in der Gruppe oder mit einem Partner. Mithilfe von Erklärungen und eigenen Vorträgen erschließen sich Informationen und die Lernenden können sie dauerhaft speichern.
- Beim **taktil-haptischen Lernstil** gelingt Lernen am besten durch praktische Erfahrungen, das Ausprobieren und Nachahmen („Learning by Doing“). Lernende bevorzugen die praktische Anwendung von Wissen. Sie mögen das Experimentieren, Simulations- und Praxisübungen. Das Ausführen von Handlungen befähigt sie, Informationen besser zu verarbeiten und zu behalten.

Die meisten Menschen nutzen eine Kombination dieser Lernstile. Indem Lernende verschiedene Lernstile, -methoden und -techniken ausprobieren, können sie herausfinden, welche am besten zu ihnen passen.

1.2.5 Lernstrategien und Lernmethoden gestalten

Lernstrategien

Lernstrategien sind Methoden oder Techniken, die Menschen verwenden, um effektiver zu lernen und sich Wissen langfristig zu merken. Eine individuelle Lernstrategie lässt sich aus der Reflexion der lernbeeinflussenden Faktoren (Tab. 1.4) und dem bevorzugten Lernstil ableiten und erproben.

Jonas war vor Beginn der Ausbildung als „Backpacker“ unterwegs. Es fällt ihm zunächst schwer, in einen strukturierten Alltag zurückzufinden und wirklich zu lernen. Die Reflexion der lernbeeinflussenden Faktoren hilft ihm nun, wirksame Lernstrategien zu den einzelnen Faktoren für sich zu finden und auszuprobieren.

- **Zielsetzung:** Jonas möchte zunächst die in wenigen Monaten bevorstehende Probezeitabschlussprüfung erfolgreich ablegen. Als nächsten

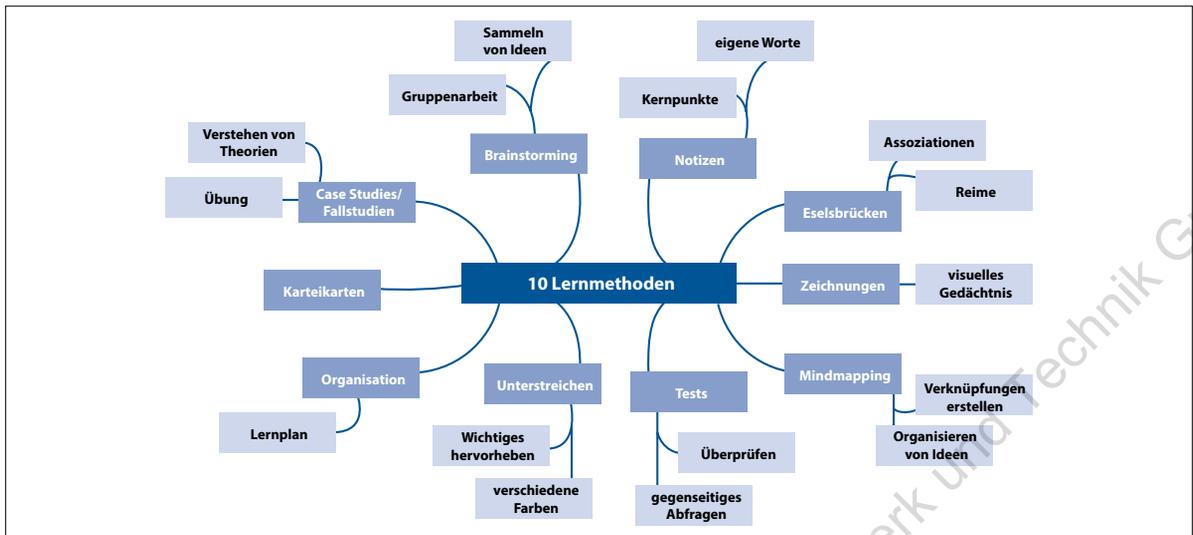


Abb. 1.18 Lernmethoden

kleinen Schritt zur Zielerreichung entscheidet er für sich die Festlegung von Lernzeiten. Er erstellt sich dafür einen Lernplan mit festen Terminen.

- **Konzentrationsfähigkeit:** Jonas weiß, dass er zu viel Zeit auf Social Media verbringt und nicht ausreichend Schlaf bekommt. Er schränkt seine Zeiten im Internet ein und nimmt sich vor, spätestens um 23:00 Uhr schlafen zu gehen.
- **Persönlichkeit:** Jonas ist motiviert. Die Inhalte der Ausbildung interessieren ihn. Er kann sich Informationen gut einprägen, wenn er Abbildungen oder Filme anschaut. Auch Diskussionen und der Austausch mit anderen helfen ihm beim Lernen. Da er sich aber sehr leicht ablenken lässt und seine Lernzeiten schnell vernachlässigt, verabredet er sich mit seiner Kurskollegin Yara, um mit ihr gemeinsam zu lernen. Sie erklären einander wichtige Lerninhalte und fragen sich ab. Yara legt gerne Karteikarten für Wiederholungen an und Jonas erstellt gerne Zeichnungen oder Mindmaps. Schnell sind somit unterschiedliche Lernmaterialien zusammengekommen.
- **Umfeld:** Wenn Jonas lernen möchte, legt er sein Mobiltelefon in einen anderen Raum. Die Ablenkung ist sonst zu groß. Auch andere Medien schaltet er aus. Jonas fährt gerne mit seinem Vater Mountainbike. Sie verabreden, dass sie am Wochenende nach dem Lernen gemeinsame Touren planen. Sein Vater unterstützt, dass Jonas diese Unternehmung als Ansporn zum Lernen versteht.
- **körperliche und physische Verfassung:** Jonas ist gesund und fühlt sich fit. Dennoch, wenn er allein oder auch mit Yara gemeinsam lernt, achtet er darauf, Lernpausen einzuplanen. Manchmal

gehen Yara und er beim Lernen spazieren, denn Yara leidet an Diabetes Typ I. Sie benötigt viel Bewegung. Als Expertin für ihre Erkrankung erklärt sie Jonas den Umgang mit den Blutzuckerwerten, der Ernährung und der Insulingabe.

- **Lerninhalte:** Bevor Jonas allein oder mit Yara lernt, klärt er oder klären sie, warum sie die Themen erarbeiten und behalten müssen. Wie profitieren die zu pflegenden Menschen oder ihr Team davon? Schon die Gedanken und die Diskussionen dazu unterstützen ihren Lernprozess und die Merkfähigkeit.
- **Lehrende/Anleitende:** Jonas kommt mit den Lehrenden gut zurecht. Manchmal wünscht er sich andere Methoden im Unterricht. Wenn er zu Hause lernt, überlegt er, was ihm im Unterricht gefehlt hat oder was gut war. Er gibt dies als Feedback an die Lehrenden zurück.

Nach den ersten Monaten im Blockunterricht und der Praxis stellt Jonas fest, dass seine Lernstrategien meist zuverlässig funktionieren. Yara und er lernen mit Erfolg und haben Spaß dabei.

Lernmethoden und Lernmedien

Zum Thema **Lernmethoden** existieren zahlreiche Bücher und Internetseiten. Praktikabel und effektiv sind die folgenden 10 Methoden (Abb. 1.18):

- **Unterstreichen:** Lernen wird effektiv unterstützt, wenn beim Lesen von Texten die wichtigsten Teile farblich markiert bzw. unterstrichen werden. Wichtig: der Text sollte vorher einmal komplett gelesen und verstanden worden sein!

- **eigene Notizen machen:** Diese Methode nutzen viele Lernende. Lerninhalte mit eigenen Worten aufzuschreiben und sich dabei auf das Wesentliche zu beschränken (Kernpunkte herausarbeiten!) fördert die Speicherung im Langzeitgedächtnis.
- **Mindmapping:** Diese Methode fasst Informationen strukturiert zusammen. Sie spart Zeit beim Lernen und verfestigt das Wissen. Je nach Vorliebe dürfen Text oder Bilder genutzt werden.
- **Karteikarten:** Das Anlegen von Karteikarten unterstützt das Verinnerlichen von Zahlen, Daten und Fakten. Fremdwörter können auf den Karten gesammelt und erläutert werden. Es macht Spaß, Karteikarten zum systematischen Abfragen zu nutzen.
- **Case Studies (Fallstudien):** Theoretische Inhalte sind nicht leicht zu lernen. Werden Beispiele aus der Praxis herangezogen, um Theorien oder Modelle auf sie zu übertragen, fällt das Begreifen und Behalten leichter.
- **Tests:** Anhand von Tests kann das eigene Wissen überprüft werden. Sie können von Auszubildenden selbst erstellt und ausgetauscht werden. So lernt man sowohl bei der Erstellung als auch beim Test selbst und nicht zuletzt bei den Korrekturen.
- **Brainstorming:** Diese Methode bietet sich für eine Lerngruppe an. Beim Sammeln verschiedener Begriffe und/oder Inhalte zu einem Themenbereich tauchen viele Ideen und Perspektiven auf, die ein einzelner ggf. nicht berücksichtigt hätte. So vertieft sich das Wissen aller und aufkommende Fragen können gemeinschaftlich bearbeitet und beantwortet werden.
- **Eselsbrücken:** Informationen, die neu und fremd sind, werden beim Bauen von Eselsbrücken mit bekannten Inhalten oder Konzepten in Verbindung gebracht. So fällt es dem Gehirn leichter, die Informationen zu erfassen und zu speichern. Beispiel: Ursachen für postoperatives Fieber: die 5 W's.: Wind, Water, Walking, Wound, What did we do? (Wind = Pneumonie, Water = Harnwegsinfekt, Walking = Thrombose/Embolie, Wound = Wundinfektion, What did we do = Medikamente, ZVK, alle sonstigen therapiebedingten Gründe)
- **Organisation:** Lernen fällt leichter, wenn es nicht zufällig, sondern organisiert stattfindet. Die Organisation beginnt mit der Erstellung eines Lernplans mit festgelegten Zielen. Wichtig ist auch die Organisation der Lerninhalte, dabei helfen einige der bereits beschriebenen Methoden, z. B. Karteikarten, Mindmapping.
- **Zeichnungen:** Vielen hilft es, wenn sie zu neuen Informationen Zeichnungen anlegen. Insbesondere, wenn sie vom visuellen Lernstil profitieren. Eine Methode, die das Zeichnen einschließt, ist das **Graf-iz**.

► Tipp

In einem Graf-iz (ein Akronym der Worte Grafik und Notiz) werden in einer festen Struktur die erlernten Unterrichtsinhalte grafisch und in Textform zusammengefasst. Es verbindet die zeichnerische und die schriftliche Methode zur Sicherung wichtiger Lerninhalte. Ausführlichere Informationen im Internet: <https://max-delbrueck-gymnasium.de/wp-content/uploads/2019/12/MMM-Graf-Iz-Schule-S.pdf>

Viele der dargestellten Lernmethoden sind nicht neu. Heute lassen sie sich jedoch auch mit neuen Technologien umsetzen. Das Erstellen von Karteikarten kann z. B. digital erfolgen und macht auf diese Weise mehr Spaß.

► Tipp

Ein Anbieter einer sozialen Lernplattform zur Erstellung digitaler **Lernmedien** wie Lernkarteien ist z. B. goconqr.com: www.goconqr.com/de/karteikarten-online-erstellen/

Die Entscheidung, ob digitale oder analoge Lernmaterialien oder -medien genutzt oder erstellt werden, liegt bei jedem selbst. Manche Lernende bevorzugen nach wie vor Lernmaterialien in Form von Papier oder Büchern, andere nutzen ausschließlich ihren Computer und das Internet. Wichtig ist es, die Qualität der genutzten Informationen zu bewerten.

► Merke

Wichtige Kriterien zuverlässiger Quellen von Fachinformationen:

- Autoren bzw. eine Institution, z. B. RKI, sind/ist benannt und fachlich qualifiziert.
- Erstellung des Textes bzw. der Information ist datiert und im besten Fall nicht älter als 5 Jahre.
- Wissen recherchieren und bewerten: **CE5, 1.4**

1. Rufen Sie die Internetseite www.goconqr.com/de/karteikarten-online-erstellen/ auf.
2. Erstellen Sie zu einem Unterrichtsthema Ihrer Wahl eine Lernkarteikarte.
3. Tauschen Sie sich mit einem anderen Auszubildenden aus und geben Sie einander ein Feedback zu der erstellten Lernkarteikarte.

1.2.6 An 3 Lernorten lernen

Lernen in der Ausbildung geschieht an verschiedenen Orten und auf verschiedene Arten:

- **Lernen durch arbeitsplatznahe Lernangebote in der Bildungseinrichtung bzw. der Pflegeschule (arbeitsverbundenes Lernen):** Der Unterricht legt die Grundlagen für die Einsätze in der Praxis. Er richtet sich daran aus, dass die von den Lernenden erworbenen theoretischen Kenntnisse in der Praxis umgesetzt, eingeübt und verfestigt werden können (Theorie-Praxis-Transfer).
- **Lernen in simulierten Pflege-/Berufssituationen in einem Demonstrationsraum, im Pflegekabinett oder im besten Fall in einem „Skills Lab“ (arbeitsorientiertes Lernen am sog. „3. Lernort“):** Diese Angebote des **fachpraktischen Unterrichts** werden von den Lehrenden der Schule, manchmal mit Unterstützung der Praxisanleitenden, vorbereitet und durchgeführt. Pflegetechniken können ohne Handlungsdruck und „echte“ zu pflegende Menschen eingeübt werden. Rollenspiele nehmen hier einen wichtigen Stellenwert ein. Sie bieten die Möglichkeit, die Gesprächsführung in Pflegesituationen zu erproben und zu verbessern und die Perspektiven aller Beteiligten nachzuvollziehen.
- **Lernen durch Arbeiten und systematische Begleitung in allen Einsatzbereichen und Pflegesettings (arbeitsgebundenes Lernen):** Ohne diese Art des Lernens bliebe die Ausbildung sinnlos. Pflege kann letztlich nur in den einzigartigen Situationen des Pflegealltags in den unterschiedlichen Einsatzbereichen erlernt werden. Die theoretischen Kenntnisse und die Erfahrungen aus den simulierten Pflegesituationen schaffen gute Voraussetzungen, müssen aber in die Realität übertragen und dort angepasst werden. Die Lernaufgaben, die speziell für die Praxis erstellt werden, zeigen, was die Auszubildenden im jeweiligen Einsatzbereich lernen, einüben und verfestigen können.

Systematische Begleitung innerhalb der Praxiseinsätze bedeutet, dass die Verantwortung des **arbeitsgebundenen Lernens** hauptsächlich bei den Praxisanleitenden liegt. Sie müssen für alle Auszubildenden einen fundierten Lern- bzw. Anleitungsprozess für den gesamten Praxiseinsatz und für einzelne Anleitungssituationen erstellen und umsetzen. Diese Organisation und Steuerung der Lern- und Anleitungsprozesse zur Entwicklung der erforderlichen Kompetenzen stellt für die Praxisanleitung eine enorme Anforderung dar. Darum ist vom Gesetzgeber eine Kooperation der Bildungseinrichtung bzw. der Schule mit allen Lernorten und ihren Verantwortlichen vorgesehen (§ 10 PflBG 2017).

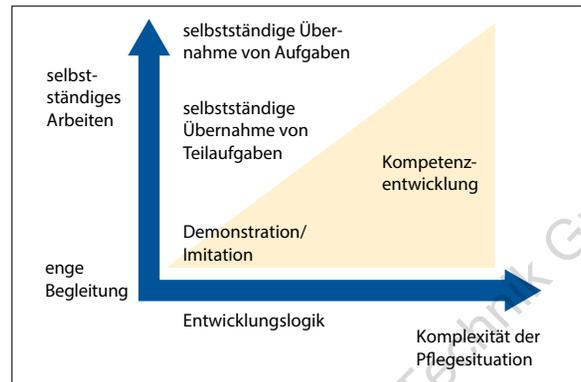


Abb. 1.19 Ausbildungsstand der Auszubildenden

Beim arbeitsgebundenen Lernen können die Praxisanleitenden unter zahlreichen Methoden der Anleitung auswählen. Wichtig bei der Auswahl ist die Berücksichtigung des Ausbildungsstands der Lernenden. Zu Beginn der Ausbildung steht eine enge Begleitung im Vordergrund. Die Pflegesituationen sollten wenig komplex und vorhersehbar sein. Mit dem Fortschreiten der Ausbildung werden die Lernenden an komplexere Pflegesituationen herangeführt und übernehmen selbstständig Teilaufgaben. Später werden ihnen vollständige Aufgaben übertragen (Abb. 1.19). Die Praxisanleitenden müssen sich jedoch im Vorfeld immer davon überzeugen, dass die Auszubildenden über die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen zur Erfüllung der Aufgabe verfügen. Denn in letzter Konsequenz tragen sie und nicht die Auszubildenden die Verantwortung bei auftretenden Fehlern.

Effektives Lernen an den 3 Lernorten setzt zur Förderung des individuellen Lernerfolgs und Gewährleistung einer hohen Ausbildungsqualität eine gute Vernetzung und enge Zusammenarbeit der Lernorte voraus (**Lernortkooperation**). Die Beteiligten dieser Kooperation sind die jeweiligen Führungskräfte aller Einsatzbereiche und der Bildungseinrichtung bzw. der Schule, die Lehrenden, die Praxisbegleitenden und die Praxisanleitenden.

Wichtige **Kriterien einer guten Lernortkooperation** zur Förderung des individuellen Lernerfolgs und Gewährleistung einer hohen Ausbildungsqualität sind (Abb. 1.20):

- regelmäßiger Austausch auf Leitungsebene
- regelmäßiger Austausch auf Arbeitsebene, z. B. Treffen der Praxisanleitenden
- Vereinbarung von Regeln zur zuverlässigen und transparenten wechselseitigen Kommunikation
- Entwicklung eines gemeinsamen Ausbildungs- und Pflegeverständnisses

- Entwicklung gemeinsamer Beurteilungskriterien
- regelmäßige Überprüfung der Qualität der gemeinsamen Ausbildung
- Beratung bei einer Gefährdung der Erreichung des Ausbildungsziels gemeinsam mit der oder dem Auszubildenden über geeignete Maßnahmen zur Sicherung des Ausbildungserfolgs und gemeinsame Umsetzung mit der oder dem Auszubildenden.

Eine gelingende Lernortkooperation wirkt sich spürbar auf die Auszubildenden aus. Sie beeinflusst den **Theorie-Praxis-Transfer** (CE3, 1.1.1), denn die Rahmenlehrpläne und die Rahmenausbildungspläne werden zuverlässiger aufeinander abgestimmt und ggf. angepasst (CE1, 1.1.2). Die Transparenz der Ausbildungsstrukturen steigt und die Rollenerwartungen an die Auszubildenden werden klarer. Dies fördert die Kompetenzentwicklung und führt zu mehr Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit der Lernenden.

► Tipp

Auch wenn die Lernortkooperation in 1. Linie in der Verantwortung der Träger der Ausbildung und der Bildungseinrichtungen liegt, sind die Auszubildenden gefordert, sich aktiv einzubringen. Sie stehen im Zentrum der Lernortkooperation:

- Der Transfer der theoretischen Inhalte in die Praxis gelingt besser, wenn die Auszubildenden aufmerksam am Unterricht teilnehmen und herausarbeiten, welche der vermittelten Inhalte im nächsten Praxiseinsatz vertieft und eingeübt werden können. Dies sollte im Erstgespräch angesprochen und mit den zuständigen Praxisanleitenden geplant werden.
- Fachpraktischer Unterricht macht Spaß. Darüber sollte jedoch nicht die Ernsthaftigkeit der Übungen vergessen werden. Zudem sollten insbesondere zurückhaltende Auszubildende den geschützten Rahmen nutzen und sich aktiv einbringen.
- Die Praxisanleitung ist gesetzlich verankert. Dennoch kommt es vor, dass die notwendigen Stunden geplanter Anleitung nicht geleistet werden (können). Hier benötigen die Bildungseinrichtungen als Gesamtverantwortliche der Ausbildung ein faires und aufrichtiges Feedback, um die Qualität der Ausbildung langfristig zu sichern.
- Die Praxisbegleitung besteht aus einem Gespräch mit der Lehrperson. Dies sollte genutzt werden, um ggf. Probleme, aber auch positive Erfahrungen im Praxiseinsatz offen anzusprechen. Im Austausch der Lehrpersonen mit den Praxisanleitenden kann in der Folge konstruktive Kritik geübt und bei Bedarf Unterstützung für die Praxisanleitung

geplant werden. Voraussetzung dafür ist, dass zwischen den Praxisbegleitenden und den Auszubildenden ein Vertrauensverhältnis besteht.

- Praxisanleitende und -begleitende setzen sich für die Ausbildung ein. Um die Ressourcen aller Beteiligten zu schonen, ist es wichtig, vereinbarte Termine einzuhalten. Eine zuverlässige Vor- und Nachbereitung inklusive der Dokumentation ist notwendig und verpflichtend für die Zulassung zur Abschlussprüfung.

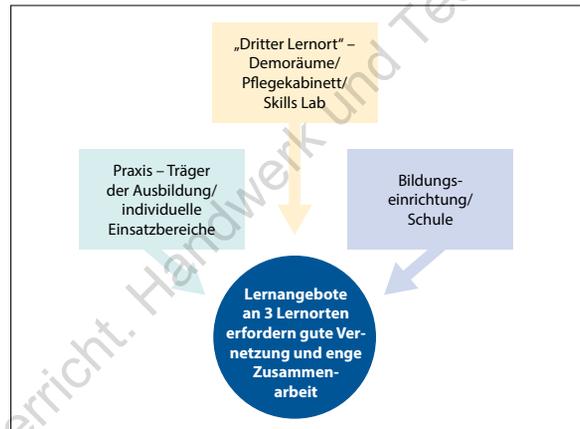


Abb. 1.20 Lernortkooperation: gute Vernetzung und enge Zusammenarbeit der Lernorte

Reflexives Lernen

Einen zentralen Aspekt innerhalb der Ausbildung stellt das **reflexive Lernen** dar. Dabei werden erlebte Handlungen mithilfe rückblickender Gespräche zu Erfahrungen weiterentwickelt. Insbesondere das Lernen in der Praxis muss bewusst gemacht werden, denn es geschieht häufig „nebenbei“ durch unbewusste Aneignung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen beim Ausüben einer Tätigkeit (**implizites Lernen**). Die Reflexion ist als eine bewusste Betrachtung während oder nach einer Pflege- bzw. Lernhandlung zu verstehen. Es spielt keine Rolle, ob die Auszubildenden unter Anleitung oder selbstständig gearbeitet haben. Lernen aus Pflegeerfahrungen wird erst wirklich möglich, wenn erlebte Pflegesituationen mit Unterstützung der Praxisanleitenden oder Praxisbegleitenden gedeutet und beurteilt werden. Offene Fragen unterstützen die Reflexionsgespräche und können eingeübt werden. Wichtige Fragen sind z. B.:

- Wie habe ich mich während der Pflegesituation/ während der Anleitungssituation gefühlt?
- Wie haben sich die zu pflegenden Menschen vermutlich gefühlt? Woran mache ich das fest? Was genau habe ich beobachtet?
- Was ist mir in der Umsetzung gut gelungen? Wo habe ich mich unsicher gefühlt?

- Was möchte ich vertiefen oder erweitern? Wozu möchte ich nachlesen? Wobei benötige ich Unterstützung durch die Praxisanleitung?
- Welche Veränderungen habe ich an mir zu einer ähnlichen Pflegesituation wahrgenommen?

Wiederkehrende Reflexionsgespräche schärfen das eigene Rollenverständnis und decken ethisch-moralische Konflikte sowie Fragen zur beruflichen Identität auf. Sie sind an allen Lernorten von hoher Bedeutung, weil sie zur Entwicklung eigener Werte und Haltungen beitragen (CE3, 1.2.1).

1.2.7 Lernprozesse dokumentieren

Mit der Umsetzung der gesetzlichen Rahmenpläne tritt das Handeln der Auszubildenden in den Vordergrund. Dementsprechend sind die Ausbildungsziele in Form von Kompetenzen beschrieben. Die Kompetenzentwicklung und die ablaufenden Lernprozesse innerhalb der 3 Ausbildungsdritteln müssen für alle am Lernen beteiligten Personen sichtbar gemacht werden, um eine tatsächliche Weiterentwicklung zu erreichen. Laut Wirkungsanalysen der Bildungsforschung gehören u. a. die Selbsteinschätzung der eigenen Ressourcen und Kompetenzen, ein konstruktives Feedback und die regelmäßige Darstellung von Zwischenergebnissen (begleitende Evaluation) zu den effektivsten Einflussgrößen in Bezug auf das Lernen. Die **regelmäßige Reflexion** und **Darstellung von Zwischenergebnissen** unterstützen die Auszubildenden, Maßnahmen zur Weiterentwicklung selbst zu verbessern oder nach und nach Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Wirksamkeit bereits angewandter Maßnahmen optimieren.

Wichtige Elemente für eine angemessene Selbsteinschätzung und ein konstruktives Feedback sind:

- regelmäßiges Beobachten
- Festhalten
- Verinnerlichen
- Erinnern
- Reflektieren
- Evaluieren und Dokumentieren der Lernprozesse und der daraus entstandenen Ressourcen und Kompetenzen

► Merke

Lernen zu reflektieren ist sehr individuell und persönlich. Lernreflexion findet häufig im Spannungsfeld zwischen dem Einzelnen und Vergleichen mit anderen Auszubildenden statt. Wird ein individuelles Feedback mit entsprechender Sensibilität gestaltet, kann es äußerst entwicklungsförderlich sein.

Die wichtigsten Elemente der Selbsteinschätzung können mithilfe verschiedener Methoden systematisch durchgeführt und schriftlich ausgearbeitet werden. Eine dieser Methoden umfasst das Führen des **Ausbildungsnachweises** (gesetzlich vorgeschrieben, CE1, 2.4).

Eingebunden in den theoretischen oder fachpraktischen Unterricht sowie die Praxisanleitung und von Lehrpersonen begleitet wird die Methode der „Portfolioarbeit“. Eigenständig und nicht zwingend begleitet von Lehrenden führen einige Auszubildende ein „Lerntagebuch“. Beides stellt eine Auswahl vieler weiterer Methoden und Tools der Reflexion von Lernprozessen dar.

Portfolioarbeit

„**Portfolio**“ bedeutet „Sammelmappe“. In der Sammelmappe werden Arbeitsergebnisse zu einem bestimmten Thema oder Lerninhalt und die Arbeitsprozesse, die zu diesen Ergebnissen geführt haben, dokumentiert. Ein Portfolioauftrag ermöglicht es, einen ganz persönlichen Blick auf ein vorgegebenes Thema zu werfen, um es genau und vertieft zu betrachten. Er unterstützt den Theorie-Praxis-Transfer und fördert weitreichende, fachliche, methodische und soziale Kompetenzen. Portfolioarbeit ist prozess- und produktorientiert, das heißt, auch der Weg zum Ergebnis bzw. Ziel ist bedeutsam. Vorgegebene Aufgaben werden selbstständig und selbstverantwortlich bearbeitet, die Vorgehensweise und einzelne Lernschritte fortlaufend reflektiert und dokumentiert. Entscheidend ist nicht nur was erarbeitet wird, sondern auch wie und die entsprechende Gefühlslage. Portfolios verschwinden nach ihrer Erstellung nicht in einer Schublade, sondern werden innerhalb eines Ausbildungskurses oder in einem größeren Rahmen präsentiert. Je nach Vorgabe sind dies Kurzvorträge, Ausstellungen oder beides. Die Arbeit wird anschließend bewertet. Die Bewertung kann in unterschiedlicher Form erfolgen. Eine Selbst- und Fremdbewertung durch die Auszubildenden und die Lehrperson mit anschließendem Abgleich ist möglich, aber auch die alleinige Bewertung durch die Lehrperson. Die Vorarbeit für die Erstellung eines Portfolios leistet die Lehrperson. Sie legt die Ziele, Erwartungen, Zeitplanung, Bewertungskriterien, den Umfang und die Ausgestaltung der Portfolioarbeit fest. Während der Umsetzung leistet die Lehrperson die pädagogische Begleitung. Sie unterstützt die Steuerung der Lernprozesse, hilft bei der Strukturierung und steht für Gespräche zur Verfügung.

Lerntagebuch

Das Führen eines **Lerntagebuchs** betrifft vorwiegend die Metaebene des Lernens. Das bedeutet, es wird über Verständnisprobleme, neue Erkenntnisse, Lernfortschritte und Persönliches reflektiert. Der Lernprozess

wird strukturiert und tiefgehend in den Blick genommen. Mithilfe des Lerntagebuchs kann das eigene Lernen besser verstanden und optimiert werden. Auch das, was besonders leichtgefallen oder bestens gelungen ist, halten die Aufzeichnungen fest. Dadurch werden Lernerfolge bewusst wahrgenommen. Das steigert die Motivation.

► Merke

Ziele und Inhalte eines Lerntagebuchs:

- Strukturierung des Lernstoffs
- Verknüpfung mit bestehendem Wissen
- Identifikation von Problemen
- Dokumentation des Lernerfolgs

Ein Lerntagebuch erstellen zu können, ist eine Ressource, die mit Blick auf lebenslanges Lernen erhebliche Vorteile erbringt. Das Lerntagebuch unterstützt Selbstlernphasen, die Fort- und Weiterbildung sowie die Klausur- oder Prüfungsvorbereitung innerhalb der Ausbildung.

► Tipp

Für die Klausur- oder Prüfungsvorbereitung mit einem Lerntagebuch gelten die folgenden Tipps:

- Termin der anstehenden Klausur oder Prüfung sowie das Datum festhalten, an dem der Lernprozess beginnt. Vor jeder „Lernsession“ die verbleibenden Tage bis zur Prüfung notieren, um den Überblick zu behalten.
- Ein genaues Ziel formulieren, z. B. die angestrebte Benotung. Für jede „Lernsession“ sind Teilziele von Vorteil, z. B. Kapitel 3 + 4 durcharbeiten. Ziele steigern die Motivation und machen Lernerfolge bewusst.
- Methoden festlegen, passend zu den Lerninhalten und den bevorzugten Lernstrategien. Vorteil: ein fester, geplanter Ablauf erleichtert die Konzentration auf die Inhalte.
- „To-dos“ bestimmen – einmal für den gesamten Lernprozess bis zur Klausur oder Prüfung, aber auch für die einzelnen „Lernsessions“.
- Wichtigster Schritt beim Lerntagebuch: die Reflexion – das Gelernte mit Blick auf den konkreten Lernerfolg Revue passieren lassen. Hier helfen Leitfragen wie: Kann ich das Gelernte in eigenen Worten wiedergeben? Welche Themen/Inhalte interessieren mich und welche nicht? Warum ist das so? Welche Fragen sind entstanden? In welchen Einsatzbereichen kann ich die Inhalte praktisch nutzen? Was ist mir noch unklar?

Lerntagebücher optimieren die Reflexion der Lernprozesse. Insbesondere wenn sie eigenständig und ohne Unterstützung einer Lehrperson geführt werden, können sich jedoch Fehler einschleichen und Probleme auftauchen. Bleiben zugleich Lernerfolge aus, sollte ein Austausch mit anderen Auszubildenden stattfinden oder das Angebot der Lernberatung genutzt werden.

1. Für das Führen eines Lerntagebuchs zur Klausurvorbereitung liegen kostenlose Muster zum Download im Internet vor:
 - a) Laden Sie sich das Muster unter dem nachfolgenden Link herunter: www.phase-6.de/magazin/wp-content/uploads/2019/06/lerntagebuch.pdf
 - b) Beurteilen Sie, inwiefern Ihnen ein solches Lerntagebuch helfen könnte. Tauschen Sie sich darüber mit anderen Auszubildenden in einer Kleingruppe aus.
 - c) Erproben Sie die Methode vor der nächsten Klausur oder Prüfung.
 - d) Vergleichen Sie spätestens nach der Klausur/Prüfung Ihr Vorgehen und tauschen Sie sich über Ihre Erfahrungen in der Kleingruppe aus.
2. Pia, Yara und Jonas verfügen über individuelle Ressourcen, aber auch „Schwächen“, die eine erfolgreiche Teilnahme an der Ausbildung eventuell beeinträchtigen könnten. Identifizieren Sie diese „Schwächen“ und halten Sie diese in Stichpunkten fest. Überlegen Sie in einem weiteren Schritt, über welche persönlichen Ressourcen Sie selbst verfügen. Wie können diese Ressourcen einen Beitrag zum Ausbildungserfolg leisten? Welche Schwächen erkennen Sie bei sich selbst? Erkennen Sie Risiken für den Erfolg der Ausbildung, die Ihre „Schwächen“ mit sich bringen? Halten Sie Ihre Ergebnisse in Stichpunkten fest.
3. Frau Müller ist eine 75-jährige Dame, die nach einem Sturz und einem Knochenbruch am Handgelenk operiert werden muss. Am Vortag der Operation versorgen Sie die Patientin gemeinsam mit der Praxisanleiterin.
 - a) Nehmen Sie die Grafik des „Caring-Konzepts“ zur Hand.
 - b) Überlegen Sie in Partnerarbeit: Was könnten in den jeweiligen Phasen Ihre Aufgaben sein? Berücksichtigen Sie die Haltungen des Konzepts und die Kernstrategien.
 - c) Arbeit im Plenum: Tauschen Sie sich im Plenum über Ihre Ergebnisse aus.

4. Setzen Sie sich mit den Schwerpunkten der pflegerischen Aufgaben der unterschiedlichen Settings auseinander. Leiten Sie ab, welche Lernchancen sich Ihrer Meinung nach für Sie in den Settings ergeben. Halten Sie Ihre Ergebnisse in Stichpunkten fest.
 - a) Reflektieren Sie, welche Ihrer persönlichen Stärken und Ressourcen in den verschiedenen Settings hilfreich sein werden. Halten Sie Ihre Ergebnisse fest.
 - b) Tauschen Sie sich im Plenum zu Ihren Ergebnissen aus.
5. Erstellen Sie gemeinsam Notizzettel, beschriftet mit den Kompetenzschwerpunkten aller 5 Kompetenzbereiche. Sie finden diese im Internet im Anhang der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.
 - a) Erstellen Sie auf einem DIN A3 Blatt eine Tabelle mit 2 Spalten und 3 Zeilen. Tragen Sie in die 1. Spalte alle Pflegesettings ein.
 - b) Ordnen Sie nun den Settings die Kompetenzschwerpunkte zu, die Ihrer Meinung nach dort von Bedeutung sind. Legen Sie dazu die Notizzettel in die entsprechende Zeile. Tipp: Es gibt nicht nur eine richtige Lösung.
 - c) Kommen Sie zu viert zusammen. Vergleichen Sie nun Ihre Ergebnisse und tauschen Sie sich darüber aus.
6. Recherchieren Sie, welche leitenden Prinzipien des EUNetPaS-Projekt (European Network for Patient Safety) zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Patientensicherheit beschrieben werden. Halten Sie Ihre Ergebnisse in Stichworten fest.
 - a) Nehmen Sie zu diesen Prinzipien kurz Stellung. Warum sind sie für Pflegefachpersonen von Bedeutung?
 - b) Tauschen Sie sich im Plenum zu den Prinzipien und Ihrer Stellungnahme aus.

Quellenverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaften der Mitarbeitervertretungen im Diakonischen Werk Württemberg: Die Rechte der Jugend- und Ausbildungsververtretung (JAV). Unter: www.agmav-wuerttemberg.de/index.php/rechte-der-jugend-und-auszubildendenvertretung [14.05.2024].
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2021/2022): Wege zur Patientensicherheit. Katalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. Unter: www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/05/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf [14.05.2024].
- Ammende, R. et al. (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. München: Fachkommission.
- Büker, C. et al. (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): Neue Pflegeausbildungen. Unter: [BMFSFJ – Neue Pflegeausbildungen](https://www.bmfsfj.de/Neue-Pflegeausbildungen) [14.05.2024].
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (n. d.): Patientensicherheit als Merkmal für Qualität. Unter: www.dgq.de/fachbeitraege/patientensicherheit-als-merkmal-fuer-qualitaet/ [14.05.2024].
- Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Unter: www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560 [14.05.2024].
- Fell, T. (2016): Emotionen beim Lernen wecken, die unter die Haut gehen – aber wie? Teil I/3. Unter: <https://de.linkedin.com/pulse/emotionen-beim-lernen-wecken-die-unter-haut-gehen-aber-torsten-fell> [14.05.2024].
- Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Kassel: Recom GmbH.
- Friesacher, H. (2016): Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. Ein Plädoyer für mehr Anerkennung. JuKiP. Stuttgart: Thieme.
- Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2022): Settingansatz – Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Hattie, J.; Zierer, K. (2018): Visible Learning: Auf den Punkt gebracht. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Sekretariat der Kultusministerkonferenz (2021): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Unter: www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf [14.05.2024].

2 In der Pflegepraxis ankommen

↓ CE1_2_Kompetenzraster

Jonas Schneider, angehender Pflegefachmann, ist sehr aufgeregt: Heute ist sein erster Tag in der Praxis. Er hat die Nacht unruhig geschlafen. Viele Fragen gingen ihm durch den Kopf: Werde ich den Anforderungen in der Praxis gewachsen sein? Welche Aufgaben warten auf mich? Werden alle nett zu mir sein? Wie stelle ich mich am besten im Team vor? Seine Mutter macht ihm beim Frühstück Mut. „Sei einfach du selbst. Wenn du freundlich und offen bist, werden alle bestimmt auch offen und freundlich zu dir sein.“

Jonas hofft, dass er in seiner Rolle als Auszubildender akzeptiert wird. Auf dem Weg zur Einrichtung denkt er darüber nach, wie er von seinen Kollegen wahrgenommen werden möchte und was sie wohl von ihm erwarten. Am besten ist es wahrscheinlich, erst einmal nicht so viel zu sagen und sich anzupassen, denkt Jonas und steigt aus dem Bus.

Nachdem Jonas in seiner neuen Einrichtung zuerst einige organisatorische Dinge erledigt hat, holt ihn seine Praxisanleiterin Katja Pfeifer ab und begrüßt ihn herzlich: „Du musst Jonas sein. Ich bin Katja, deine Praxisanleiterin. Du kannst mich gerne duzen. Das machen wir alle so im Pflgeteam. Komm, wir gehen hoch auf die Station. Dann kannst du die anderen kennenlernen.“ Jonas ist erleichtert und freut sich, dass seine Praxisanleiterin einen netten Eindruck macht.

Auf der Station angekommen bemerkt Jonas, dass es etwas hektisch zugeht. Eine Mitarbeiterin eilt an ihnen vorbei und ruft im Vorbeigehen: „Ach, ist das der neue Azubi? Du kannst direkt einsteigen, es ist viel zu tun“, dabei lacht sie und zwinkert Jonas zu. Jonas lächelt verunsichert. Katja Pfeifer sagt: „Das ist Yousra Yildiz, eine Pflegefachperson. Sie macht immer

gerne Witze.“ Jonas ist sich jedoch nicht ganz sicher, ob das wirklich nur ein Spaß von Yousra war.

Kurze Zeit später findet sich Jonas im Pausenraum wieder. Es ist 9:30 Uhr. Jonas wird den Mitarbeitern, die gerade Pause machen, vorgestellt. Die anderen Mitarbeiter stellen sich ebenfalls der Reihe nach mit ihrem Vornamen und ihrer Qualifikation vor: Klara ist Pflegefachfrau und Hygienebeauftragte, Stefan ist Pflegefachmann und die stellvertretende Leitung der Station. Olga ist Pflegeassistentin.

Jonas ist erleichtert, als er die Vorstellung hinter sich gebracht hat. „Heute Mittag haben wir Teamsitzung mit dem großen, dem interprofessionellen Team. Da lernst du dann auch einige Ärzte und Therapeuten kennen“, erklärt ihm Katja. Ach, und was wir gleich schon machen können, ist gemeinsam Termine festlegen für das Einführungs-, Zwischen- und Abschlussgespräch und uns deinen Ausbildungsnachweis ansehen.“ „Gerne“, erwidert Jonas sichtlich beruhigt. „Aber zuerst zeige ich dir jetzt unsere Station und unser Computersystem.“

Jonas wird über die Station geführt und Katja erklärt ihm alles in Ruhe. Sie stellt ihm immer mal wieder neue Mitarbeiter vor, die sie während des Rundgangs treffen und drückt ihm einen Flyer zum Gesundheitsmanagement für Mitarbeiter in die Hand. „Hier gibt es viele Angebote wie Yoga- oder Rückenfitkurse, aber auch Meditations- und Antistress-Seminare für die psychische Gesundheit. Daran dürfen Auszubildende auch teilnehmen und in unserem Job ist es wirklich wichtig, auf die eigene Gesunderhaltung zu achten.“ Jonas bezweifelt, dass er so etwas wirklich braucht, denn er ist doch jung und belastbar.

1. Welche Erwartungen haben Sie an sich als Auszubildende? Wie möchten Sie wahrgenommen werden und was könnten die anderen Mitarbeiter von Ihnen erwarten?
2. Welche Gefühle könnten bei Jonas in der dargestellten Situation vordergründig sein und warum?
3. Haben Sie schon in der Praxis Erfahrungen gesammelt? Wenn ja, wie haben Sie sich an Ihrem ersten Tag in der Praxis gefühlt? Welche Gefühle waren vordergründig und warum?
4. Wie bewerten Sie Jonas Gedanken zu den Gesundheitsangeboten, die Katja ihm beschreibt?

2.1 Im Team ankommen

Das Arbeiten im pflegerischen Bereich findet üblicherweise innerhalb eines bestehenden **Teams** statt. Teams zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus mehreren Personen bestehen, die an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Innerhalb eines Pflgeteams ist es das Ziel, die Versorgung der zu Pflegenden, gemessen an festgelegten Qualitätsstandards (zu erfüllende Vorgaben) (CE1, 2.4), sicherzustellen.

Im Rahmen einer Teamarbeit kommt es nicht nur auf eine gut entwickelte Fachkompetenz der einzelnen Teammitglieder an, sondern auch auf soziale Kompetenzen wie Wertschätzung, gegenseitiges Vertrauen und kommunikative Fähigkeiten. Dies sind wichtige Eigenschaften, die Teamarbeit gelingen lassen (Möller 2016).

2.1.1 Sich im Team vorstellen

Jonas ist froh, die erste Hälfte des Tages gut überstanden zu haben. Noch ist er allerdings angespannt, da er sich noch dem großen Team vorstellen muss. In Situationen, in denen Jonas im Mittelpunkt steht, fühlt er sich unwohl.

Was müsste Jonas tun, um bei der Vorstellung im großen Team einen möglichst negativen Eindruck zu hinterlassen? Was würde gar nicht funktionieren?

Der erste Tag in einem neuen Team und auf einer neuen Station bzw. in einem neuen Setting ist aufregend, da den Auszubildenden neue fachliche Bereiche, Strukturen und vor allem auch neue Menschen begegnen. Bei dem praktischen Einsatz geht es um die fachliche Einarbeitung bzw. Erweiterung der fachlichen Kompetenzen. Eine fördernde Lernumgebung und die soziale Integration ins Team sind dafür Voraussetzungen (Abb. 2.1).



Abb. 2.1 Auszubildende kommen neu in ein Pflgeteam

Der **erste Eindruck**, die ersten wenigen Sekunden, in denen sich eine unbekannte Person vorstellt, hinterlassen einen prägenden Eindruck, z. B., ob die Person sympathisch oder unsympathisch wirkt (Zimbardo et al. 2008). Für einen guten ersten Eindruck in einem neuen Team beachtet die angehende Pflegefachperson folgende Hinweise:

- pünktlich sein
- freundliche, offene Haltung einnehmen und hilfsbereit sein
- authentisch (unverfälscht) sein
- korrekte Anrede benutzen, z. B. Duzen/Siezen
- wichtige Ansprechpersonen kennenlernen und sich persönlich bei einzelnen Mitarbeitern vorstellen: Betreuung durch Praxisanleiter, Praxisbegleiter und Pflegefachpersonen
- interessiert sein und Fragen stellen
- wichtige Informationen notieren
- andere Teammitglieder beobachten, um Strukturen und Verhaltensweisen zu erkennen

► Merke

No-Gos:

- zu spät kommen
- Langeweile/Desinteresse ausdrücken
- Mitarbeiter belehren/verbessern
- unbekannte Personen „duzen“
- sich bei neuen Personen nicht vorstellen

2.1.2 Das intraprofessionelle Team kennenlernen

Ein **intraprofessionelles oder auch intradisziplinäres Team** besteht aus Mitgliedern einer Berufsgruppe/Profession, z. B. der Pflege. Zu einem **intraprofessionellen Pflgeteam** gehören in der Regel folgende Mitglieder:

- Pflegedienstleitung
- Pflegefachpersonen
- Pflegefachpersonen mit speziellen Aufgaben
- Pflegehelfer/Pflegeassistenten bzw. Sozialassistenten
- Auszubildende zu Pflegefachpersonen, Pflegehelfern und Pflegeassistenten
- Praktikanten

Die **Pflegedienstleitung** ist für die Planung und Steuerung auf oberster Ebene für das gesamte pflegerische Personal verantwortlich. Je nach Größe der Einrichtung nimmt sie an Teambesprechungen teil, z. B. in kleineren Einrichtungen, wie es häufig in der stationären Altenpflege oder im ambulanten Dienst der Fall ist. Sie führt Gespräche mit Angehörigen sowie Bewerbungsgespräche und ist in regelmäßigem Austausch mit Bereichsleitungen bzw. Stationsleitungen. Um Pflegedienstlei-

zung zu werden, absolviert die Pflegefachperson eine Weiterbildung bzw. ein Studium.

Pflegefachpersonen tragen während der jeweiligen Schicht die Verantwortung für das Team und den jeweiligen Bereich. Sie übernehmen Aufgabenzuteilungen, organisatorische Aufgaben sowie die Behandlungspflege. Die **Behandlungspflege** ist eine medizinische Pflegeleistung, die nur von Pflegefachpersonen durchgeführt werden kann und auf ärztliche Verordnung erfolgt. Je nach Bereich kann es vorkommen, dass nur eine Pflegefachperson im Dienst ist und alle Aufgaben übernimmt, die nur sie ausführen darf (vorbehaltene Tätigkeiten, [CE1, 1.1.2](#)), dies kommt z. B. in der Altenpflege häufig vor.

Pflegefachpersonen mit speziellen Aufgaben bzw. Qualifikationen haben alle eine entsprechende Fortbildung oder Weiterbildung besucht bzw. ein Studium abgeschlossen, z. B.:

- **Wohnbereichsleitung, stellvertretende Wohnbereichsleitung bzw. Stationsleitung, stellvertretende Stationsleitung** übernehmen organisatorische Aufgaben wie das Schreiben der Dienstpläne, Medikamentenbestellung, Mitarbeiterjahresgespräche oder die Leitung von Teamsitzungen.
- **Praxisanleitungen** begleiten die Auszubildenden und bilden sie während ihres Einsatzes aus, stehen als Unterstützung zur Seite, leiten an, beobachten Pflegehandlungen, geben Feedback, sind bei den gesetzlich vorgesehenen Prüfungen dabei und führen Reflexionsgespräche. Hauptamtliche Praxisanleiter sind für diese Tätigkeiten freigestellt.
- **Fachkräfte für z. B. Onkologie, Psychiatrie, Palliative Care, Stillberatung oder Hygienebeauftragte**, diese sind z. B. für die Einhaltung allgemeiner hygienischer Standards zuständig, sie überprüfen diese, beraten Mitarbeiter bei Fragen zu Hygienemaßnahmen und stellen sicher, dass z. B. bei besonderen Infektionskrankheiten spezielle Hygienemaßnahmen umgesetzt werden.

Auszubildende sind fester Bestandteil des Pflegeteams und werden je nach Ausbildungsstand und entwickelten Kompetenzen schrittweise an komplexere Aufgaben herangeführt. **Praktikanten** haben meist wenig Vorkenntnisse im pflegerischen Bereich, werden aber vollständig in das Team integriert, da sie einen möglichst großen Überblick über das Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen erhalten sollen. Bei Praktikanten kann es sich um Schülerpraktikanten handeln, die ein Praktikum im Rahmen der allgemeinbildenden oder der berufsbildenden Schule absolvieren oder um angehende Auszubildende. Auszubildende und Prakti-

kanten sind häufig nur einige Wochen im jeweiligen Team, bevor sie ihr Praktikum beenden oder wieder den Bereich wechseln.

Durch die generalistische Pflegeausbildung wird es auch eine neue bundeseinheitliche Verordnung für eine Ausbildung zur **Pflegeassistenz** geben. Geplant ist eine 18-monatige Ausbildung ab 2026. Bei erfolgreichem Abschluss dieser Ausbildung kann anschließend die Ausbildung zur Pflegefachperson absolviert werden. Pflegeassistenten können nach der Ausbildung die Betreuung, Pflege und Versorgung für Menschen aller Altersstufen in stabilen Pflegesituationen übernehmen. Sie unterstützen die Pflegefachpersonen in der Umsetzung der von ihnen zugewiesenen Aufgaben, z. B. im Rahmen ärztlich verordneter therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen.

2.1.3 Absprachen im Team treffen

Um eine bestmögliche Versorgung der zu Pflegenden zu gewährleisten, sind **Absprachen im Team** essenziell. Diese erfolgen z. B. bei **Dienstübergaben**, in denen das Team relevante Informationen austauscht und Absprachen getroffen werden können. Darüber hinaus gibt es in der Regel regelmäßige **Teamsitzungen**, die z. B. einmal in der Woche stattfinden und häufig von leitenden Personen gestaltet werden ([Abb. 2.2](#)). Regeln und interne Absprachen, z. B. hinsichtlich des Dienstplans, bezüglich der Umsetzung der Pausenzeiten, des Schichtwechsels, des Stationsablaufs, der Organisation alltäglicher und spezieller Aufgaben, werden neuen Mitarbeitern im Verlauf der ersten Tage transparent gemacht. Auch die Verständigung über interne (**Pflege-**) **Standards** ([CE1, 2.3.5](#)) ist Bestandteil der teaminternen Kommunikation. Die **kollegiale Beratung** innerhalb des Pflegeteams hilft dabei, erlebte Pflege- und Berufssituationen aufzuarbeiten und Lösungen im Umgang mit schwierigen Situationen zu finden, damit im Team zukünftig zielgerichteter mit spezifischen emotionalen Herausforderungen in der Pflegepraxis umgegangen werden kann ([CE3, 2.3](#)).



Abb. 2.2 Teamsitzung im intraprofessionellen Pflegeteam

Häufig gibt es in Teams auch **interne Regelungen**, deren Umsetzung erwartet wird, z. B., dass es eine bestimmte Sitzordnung im Pausenraum gibt, dass alle Mitarbeiter 5 Minuten vor Dienstbeginn auf der Station anwesend sind, dass immer die gleichen Mitarbeiter bestimmte Aufgaben übernehmen etc. Diese inoffiziellen Regelungen, die nicht immer kommuniziert werden, stellen für neue Mitarbeiter eine Herausforderung dar, da sie zu Beginn noch unbekannt sind und erst kennengelernt werden müssen.

2.1.4 Werte und Normen im Team kennen

1. Erstellen Sie eine ABC-Liste mit gesellschaftlich positiv bewerteten Werten und Normen, die Ihnen spontan einfallen. Beispiel Norm: Du sollst nicht lügen. → Wert: Ehrlichkeit

↓ ABC-Liste

Werte sind grundlegende Überzeugungen und Prinzipien, die in bestimmten Normen konkretisiert werden. Werte beeinflussen das Verhalten und die Entscheidungen einer Person oder einer Gesellschaft.

Normen sind Verbindlichkeiten bzw. Pflichten, die das Funktionieren einer Gesellschaft regeln und der Orientierung dienen.

Im **ICN-Ethikkodex** werden **professionelle Werte für die Pflege** beschrieben (CE1, 3.5.2, Abb. 3.18).

Innerhalb eines Pflgeteams sind folgende Werte und daraus resultierende Normen besonders relevant:

- **Kompetenz und Expertise:** kompetentes pflegerisches Handeln gemäß aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen/(Experten-)Standards, insbesondere auch in der zwischenmenschlichen Beziehung und Kommunikation mit zu Pflegenden
- **Respekt:** wertschätzender, angemessener und anerkannter Umgang sowie Handeln gegenüber und mit Kollegen des Teams, z. B. Siezen, falls gewünscht
- **Verlässlichkeit:** Absprachen und eigene Versprechen einhalten. Diese nur geben, wenn sie auch wirklich sicher eingehalten werden können.
- **Zusammenhalt/Teamgeist:** Sich im Team füreinander einsetzen und nicht gegeneinander arbeiten, z. B. Aufgaben gleich verteilen, sich bei schwierigen Aufgaben gegenseitig unterstützen.
- **Freundlichkeit:** Dem Team und den zu Pflegenden stets höflich und aufmerksam gegenüberzutreten, z. B. Begrüßungs- und Abschiedsformeln anwenden.
- **Verantwortung:** Sich über Konsequenzen des eigenen Handelns in Bezug auf zu Pflegenden und auf das

Team bewusst sein, Entscheidungen bewusst treffen und hinter diesen stehen, z. B. die Wirkung bestimmter Pflegehandlungen im Blick haben und diese gewissenhaft einsetzen.

2. Ergänzen Sie weitere Werte und Normen, die Ihnen in der Zusammenarbeit mit Ihrem beruflichen Team wichtig sind. Fügen Sie diese in Ihre ABC-Liste ein.
3. Öffnen Sie die folgende Internetseite: www.values-academy.de/werte-lexikon/alle-werte/
 - a) Suchen Sie sich unter dem angegebenen Link die für Sie 10 wichtigsten Werte heraus und schreiben Sie diese untereinander auf.
 - b) Welcher Wert ist für Sie am wichtigsten? Schauen Sie sich den 1. Wert auf der Liste an. Vergleichen Sie diesen Wert nacheinander mit den darunter stehenden Werten und entscheiden Sie, welcher der 2 miteinander verglichenen Werte Ihnen wichtiger ist. Bei dem Wert, der Ihnen wichtiger ist, machen Sie einen Strich. Gehen Sie alle Werte der Liste nacheinander durch und vergleichen Sie mit dem 1. Wert. Wenn Sie fertig sind, fahren Sie mit dem 2. Wert fort, danach mit dem 3. usw.
 - c) Prüfen Sie, welcher Wert die meisten Striche erhalten hat. Erstellen Sie ein Ranking mit den Werten, die Ihnen besonders wichtig sind.
 - d) Überlegen Sie anschließend, in welchen Handlungen und Verhaltensweisen sich Ihre Werte in Ihrem Alltag und in Ihrem Beruf wiederfinden.
 - e) Tauschen Sie sich über Ihre Werte in der Klasse aus.

2.1.5 Prozesse der Teambildung verstehen

Um die zwischenmenschlichen Beziehungen in einem Team zu fördern, sich gut in einem Team zu organisieren und um Konflikte innerhalb eines Teams besser zu verstehen und zu lösen, hat **Bruce Tuckman** ein **Phasenmodell zur Teamentwicklung** erarbeitet (1965). Das Phasenmodell beschreibt in 5 Phasen, wie sich Teams im Laufe ihrer Zusammenarbeit entwickeln (Abb. 2.3). Die Phasen verlaufen nicht immer linear, lassen sich allerdings meist alle im Prozess wiederfinden. Der Prozess verläuft von Team zu Team unterschiedlich.

Die **5 Phasen** haben folgende Bedeutung für die Praxis (Graf et al. 2020):

1. Phase: Kennenlernen (Forming)

Der Prozess beginnt mit der Phase des Kennenlernens. In dieser Phase treffen die einzelnen Teammitglieder das 1. Mal aufeinander. Das Vorgehen wird besprochen und Rollen und Aufgaben werden verteilt. In dieser Phase können z. B. Einarbeitungskonzepte oder Leitfäden helfen, neue Mitarbeiter in das bestehende Team einzuarbeiten. In Pflegesettings kann es unter verschiedenen Umständen zum Kennenlernen kommen, z. B. wenn neue Mitarbeiter ins Team kommen oder eine neue Station/ein neuer Bereich eröffnet wird.

2. Phase: Konflikte (Storming)

Während der Zusammenarbeit kann es in dieser Phase bei der Erfüllung der Aufgaben zu Konflikten innerhalb des Teams kommen, z. B. wenn mehrere Mitglieder die gleiche Rolle einnehmen möchten. Nach den Ursachen der Konflikte zu suchen, diese anzusprechen, darüber zu reden und einander zuzuhören hilft, Konflikten rechtzeitig zu begegnen, bevor diese eskalieren. Ein kritisch-konstruktives Vorgehen aller Teammitglieder ist Voraussetzung, um Konflikte zu lösen. Machtorientierung oder verletzendes und bloßstellendes Verhalten sind hingegen nicht förderlich.

3. Phase: Übereinkunft (Norming)

Das Team formt sich zu einer Einheit, klärt die Regeln, reflektiert die Aufgabenstellung und das angestrebte Ziel,

z. B. die Implementierung eines neuen Konzepts oder die gemeinsame Umsetzung von Expertenstandards.

Teilerfolge werden gewürdigt, um die Motivation hochzuhalten. Eine gut funktionierende Übereinkunft hinterlässt bei den Teammitgliedern das Gefühl, dass der Praxisalltag gut gelingt.

4. Phase: Bearbeitung (Performing)

Die Rollenfindung hat stattgefunden. Das Team arbeitet effektiv zusammen an der Erreichung des gemeinsamen Ziels. Dabei können Teilziele gesetzt werden, um effektiv auf das Gesamtziel hinzuarbeiten. Die einzelnen Teammitglieder bringen ihre individuellen Stärken ein, um im Team das Ziel zu erreichen.

Innerhalb eines Pflegeteams greifen diese 4 Phasen ineinander. Die Phasen können parallel verlaufen und lassen sich nicht immer klar voneinander abgrenzen.

► Merke

Im Kontext der Pflege können Faktoren wie eine hohe Mitarbeiterfluktuation oder der Schichtdienst dazu führen, dass der Teambuildingprozess gestört wird. Häufig wechseln die Teammitglieder in den Teams.

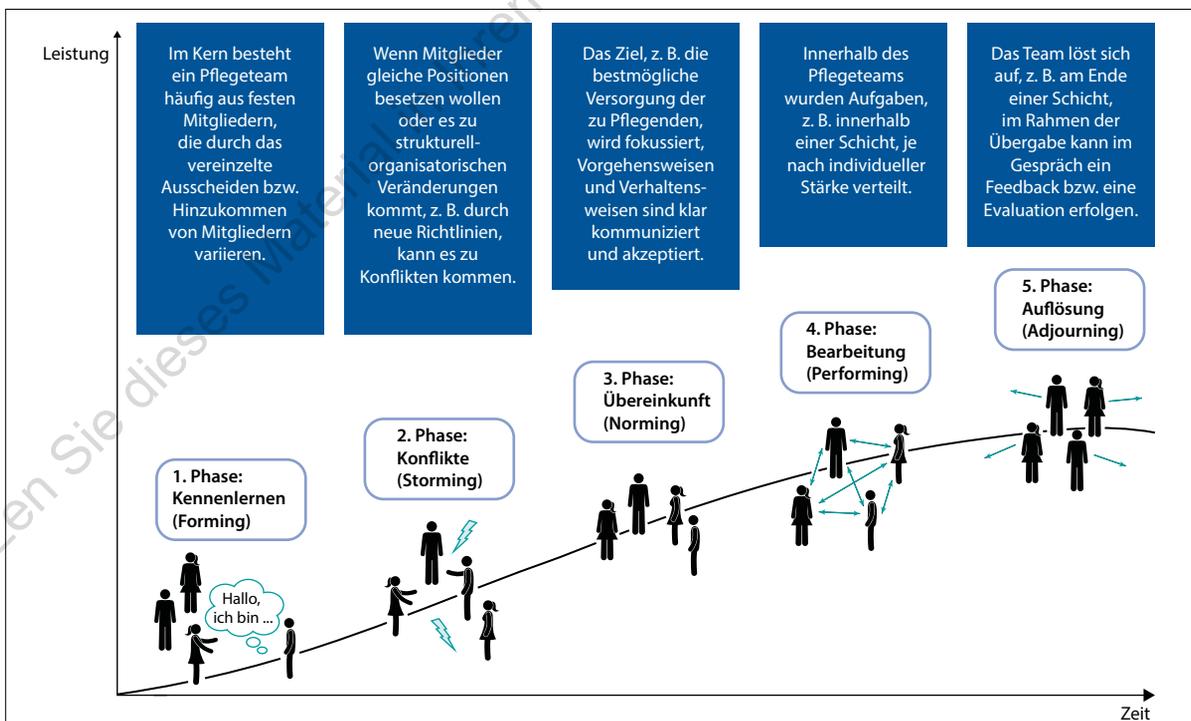


Abb. 2.3 Phasenmodell nach Tuckman

5. Phase: Auflösung (Adjourning)

Die letzte Phase beschreibt den Auflösungsprozess des Teams. Die Phase tritt ein, wenn das Team sein Ziel erreicht hat, aber auch, wenn das Team sein Ziel nicht erreicht hat und eine Neuzusammensetzung des Teams stattfinden soll. Unabhängig davon, ob das Ziel erreicht wurde oder nicht, sollte in dieser Phase eine Evaluation bzw. ein Feedback über die Ergebnisse und die Zusammenarbeit erfolgen.

Die Phasen in dieser festen Reihenfolge werden insbesondere von Teams durchlaufen, die für ein zeitlich begrenztes Projekt zusammenarbeiten. Das Pflegeteam einer Station durchläuft eher immer wieder die Phasen 1 bis 4, da jede neue Person im Team zu einer gewissen Neuausrichtung führt. Auch innerhalb eines Ausbildungskurses lässt sich der Prozess mit den einzelnen Phasen wiederfinden.

2.2 Das interprofessionelle Team kennenlernen

Neben dem intraprofessionellen Team gibt es das **interprofessionelle Team**, welches aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen besteht. Die einzelnen Mitglieder des interprofessionellen Teams erfüllen unterschiedliche Aufgabenbereiche und verfolgen das Ziel, zu Pflegenden präventiv, kurativ, rehabilitativ bzw. palliativ zu versorgen.

2.2.1 Pflegerische Berufe

Zusätzlich zu den Mitgliedern des intraprofessionellen Pflegeteams finden sich im **interprofessionellen Pflegeteam** folgende Berufsgruppen:

- **Hebammen/Entbindungspfleger** übernehmen die Betreuung und Versorgung von Frauen vor, während und nach der Entbindung, überwachen den Verlauf der Schwangerschaft, führen Vorsorgeuntersuchungen durch, beraten und schulen werdende Eltern, führen Entbindungen ohne vorhersehbare Komplikationen selbstständig durch und ziehen bei Problemen ärztliches Fachpersonal hinzu.
- **Heilerziehungspfleger** betreuen, pflegen und unterstützen Menschen mit einer Behinderung in ihrem Alltag, planen pädagogische Maßnahmen für Klienten und führen diese mit ihnen zusammen durch, unterstützen sie in ihrer Selbstständigkeit, z. B. bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, bei der Körperpflege und bei der Sicherstellung der Medikamenteneinnahme.
- **Sozialassistenten** betreuen, unterstützen und pflegen hilfebedürftige Menschen im Rahmen der

Familienpflege, Kinderpflege und Heilerziehungspflege (eine Spezialisierung stellt in diesem Fall der Heilerziehungshelfer dar), insbesondere bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, pädagogisch-anleiten und pflegerischen Tätigkeiten.

- **Betreuungskräfte**, z. B. nach § 53 SGB XI, unterstützen hilfebedürftige Menschen bei der sozialen Betreuung in stationären Einrichtungen bei alltäglichen Tätigkeiten, z. B. der Nahrungsaufnahme, planen Aktivitäten und führen diese durch oder begleiten bei Terminen, z. B. bei Arztbesuchen.

2.2.2 Medizinische Berufe

Medizinische Berufe umfassen folgende Berufsgruppen (Abb. 2.4):

- **Allgemeinmediziner** oder „Hausärzte“ befassen sich mit einem großen Spektrum an Erkrankungen und präventiven Gesundheitsfragen. Bei speziellen Erkrankungen überweisen sie an entsprechende Fachärzte, die über Qualifikationen in einem speziellen medizinischen Fachgebiet verfügen.
- **Fachärzte:**
 - **Kardiologen** sind Fachärzte der inneren Medizin mit dem Schwerpunkt Herzerkrankungen und deren Prävention.
 - **Orthopäden und Unfallchirurgen** befassen sich mit Erkrankungen und präventiven Maßnahmen, die den Bewegungsapparat betreffen.
 - **Radiologen** befassen sich mit diagnostischen und therapeutischen Verfahren, bei denen elektromagnetische Strahlen und mechanische Wellen zum Einsatz kommen, z. B. Ultraschall, Computertomografie, Röntgen.
 - **Chirurgen** nehmen operative Eingriffe vor. Je nachdem, wo der operative Eingriff erfolgen soll, gibt es bestimmte Unterteilungen wie Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Herzchirurgie.
 - **Dermatologen** befassen sich mit Erkrankungen, die die Haut betreffen sowie mit der Behandlung von Geschlechtskrankheiten.
 - **Internisten** befassen sich mit der Behandlung von Erkrankungen der inneren Organe. Eine weitere Spezialisierung auf bestimmte Organe, z. B. das Herz (siehe Kardiologie), bzw. bestimmte Erkrankungen wie bei Diabetologen ist möglich.
 - **Neurologen** befassen sich mit der Behandlung und Prävention von Erkrankungen des Nervensystems.
 - **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** befassen sich mit der Behandlung psychischer Störungen sowie psychischer und damit zusammenhängender körperlicher Erkrankungen.

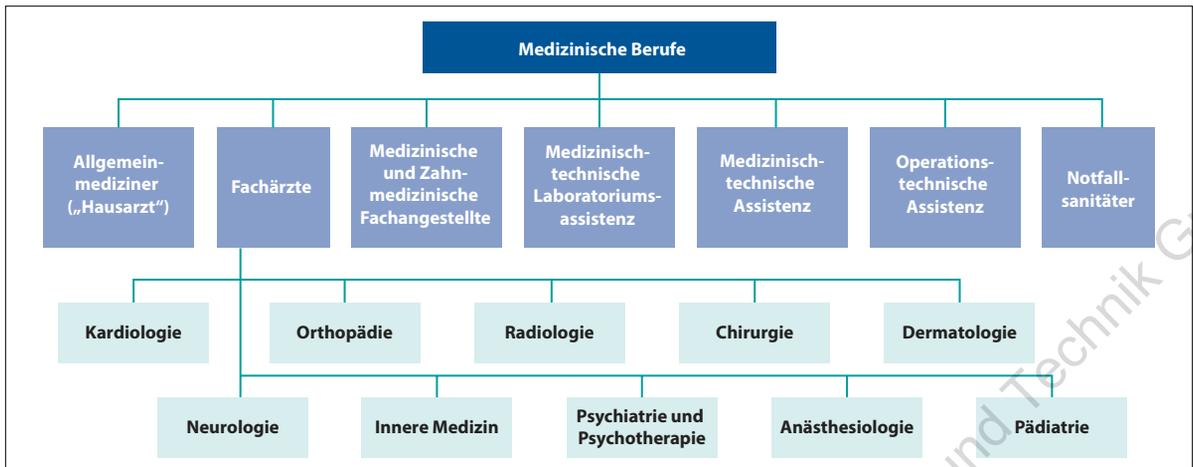


Abb. 2.4 Medizinische Berufe

- **Fachärzte für Anästhesiologie** sind beschäftigt in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und der Palliativmedizin. Die Aufgabe der Fachärzte dieses Bereichs ist es, den Patienten Schmerzen (während medizinischer Interventionen) zu nehmen. Sie planen z. B. die Narkose bei OPs für jeden Patienten individuell und überwachen diese sowie die Vitalzeichen währenddessen.
- **Pädiater** befassen sich mit der Behandlung von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Es gibt viele weitere fachliche Spezialisierungen wie Kinder- und Jugendorthopäde.
- **Medizinische/Zahnmedizinische Fachangestellte** arbeiten sowohl in Arztpraxen, Laboren als auch in stationären Einrichtungen. Sie assistieren ärztlichem Fachpersonal bei der Behandlung und Versorgung von Patienten, führen Aufgaben eigenständig durch, z. B. Blut abnehmen, Vitalzeichen messen, und üben organisatorische und verwaltende Tätigkeiten aus wie die Organisation von Terminen.
- **Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten** arbeiten überwiegend in Laboren und führen dort Untersuchungen von z. B. Blut oder Urin zur diagnostischen Untersuchung vonseiten des ärztlichen Fachpersonals durch. Sie dokumentieren Ergebnisse und sind für die Sterilisation von Geräten und das hygienische Arbeiten im Labor verantwortlich.
- **Medizinisch-technische Assistenten** unterstützen bei den Diagnoseverfahren mit medizinischen Geräten und führen die Untersuchungen meist eigenständig durch, z. B. Röntgen, Verfahren zur Messung von Herz- und Hirnströmen, Hörtests und Lungenfunktionstests. Sie dokumentieren Ergebnisse und bereiten die medizinischen Geräte vor und nach.

- **Operationstechnische Assistenten** wirken bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Operationen mit, indem sie den Patienten für die OP vorbereiten sowie Ärzten während der OP assistieren und Instrumente anreichen. Sie überwachen zudem die Vitalfunktion und dokumentieren das Operationsgeschehen.
- **Notfallsanitäter** sind bei medizinischen Notfällen üblicherweise die Ersten am Unfallort, übernehmen die medizinische Erstversorgung von Patienten, beurteilen deren Zustand, indem sie Erste-Hilfe-Maßnahmen selbstständig durchführen, assistieren Notfallmedizinern und führen Patiententransporte durch.

2.2.3 Therapeutische Berufe

Therapeutische Berufe umfassen die nachfolgenden Berufsgruppen (Abb. 2.5). Neben ihrer Arbeit mit Erwachsenen fördern sie auch Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche und unterstützen sie bei der altersgerechten Entwicklung, zum Teil sind dafür spezielle Fort- und Weiterbildungen notwendig:

- **Logopäden** therapieren Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Patienten einschließlich Störungen, die das Atmen und Schlucken betreffen, führen diagnostische Maßnahmen durch und beraten Patienten und Angehörige, z. B. bezüglich präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.
- **Ergotherapeuten** befassen sich mit Patienten, die durch eine Krankheit (physisch oder psychisch), einen Unfall oder eine Behinderung in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und unterstützen diese bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben, z. B. Förderung der motorischen Fähigkeiten in Bezug auf das Ankleiden oder die Nahrungsaufnahme, Förderung der Konzentration durch individuell abgestimmte Übungen.

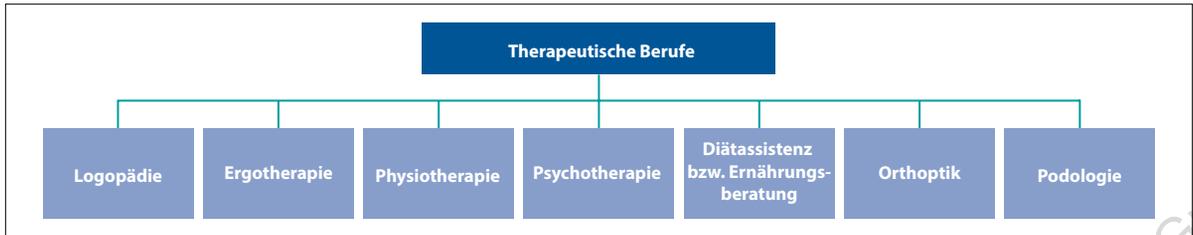


Abb. 2.5 Therapeutische Berufe

- **Physiotherapeuten** therapieren Menschen mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit, einschließlich der Diagnostik sowie der Schulung und Beratung (auch in Bezug auf präventive Maßnahmen).
- **Psychotherapeuten** therapieren Menschen mit einer psychischen, psychosomatischen oder neuropsychologischen (Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen, die auf Hirnverletzungen zurückgeführt werden können) Erkrankung, indem sie mittels spezieller Tests eine Diagnose stellen und anschließend das diagnostizierte Krankheitsbild anhand eines individuell ausgewählten Therapieansatzes behandeln.
- **Diätassistenten bzw. Ernährungsberater** schulen und beraten Patienten, die eine bestimmte Kostform (Diät) einhalten müssen, indem sie mit diesen gemeinsam individuelle Ernährungspläne erstellen und die Patienten hinsichtlich Ernährungsfragen beraten.
- **Orthoptisten** unterstützen Augenärzte bei der Diagnostik, Behandlung und Prävention von Sehstörungen.
- **Podologen** pflegen und behandeln Füße im medizinischen Sinn, z. B. Behandlung von Nägeln einschließlich Nagelerkrankungen, Warzen, Druckstellen, Anpassung von orthopädischen Hilfsmitteln.

2.2.4 Hauswirtschaftliche und handwerkliche Berufe

Servicekräfte unterstützen bei der Organisation der Verpflegung von zu Pflegenden, nehmen Essenswünsche entgegen, helfen bei der Essensausgabe und schenken Getränke aus, unterstützen bei einfachen Tätigkeiten in der Küche, z. B. Vor- und Zubereitung von Speisen, beziehen Betten.

Hauswirtschaftler übernehmen hauswirtschaftliche Tätigkeiten, sowohl im Privathaushalt von zu Pflegenden als auch in stationären Einrichtungen, z. B. Reinigung der Wohnung/Zimmer, Übernahme von Lebensmittelkäufen, Unterstützung bei der Nahrungszubereitung, beim Wäschewaschen, betreuen zu Pflegenden und motivieren sie in ihrer Eigenständigkeit.

Facilitymanager sorgen dafür, dass Gebäude und die Gebäudeausstattung technisch instand gehalten

werden. Sie sind Ansprechpartner bei Mängeln am Gebäude bzw. der Ausstattung und kümmern sich darum, dass diese schnellstmöglich (auch durch externe Firmen) behoben werden. Häufig koordinieren sie auch weitere Dienstleistungen wie Reinigungs- und Hausmeisterarbeiten.

Medizintechniker sind für die medizinischen Geräte, deren Reparatur, Kontrolle und Wartung in der jeweiligen Einrichtung verantwortlich. Es handelt sich um ein sehr komplexes Aufgabenfeld, da auch die Planung, Entwicklung, Herstellung und Montage medizinischer Geräte in das Aufgabenspektrum von Medizintechnikern fällt.

2.2.5 Verwaltungsberufe

Stationssekretäre übernehmen verwaltende Tätigkeiten, z. B. die Planung von Aufnahmen und -entlassungen, erfassen patientenbezogene Daten, übernehmen Assistenzfunktionen im medizinischen Bereich, z. B. Blutabnahme, und kümmern sich um die Terminverwaltung.

Personalsachbearbeiter übernehmen Verwaltungstätigkeiten im Bereich der Personalplanung, -beschaffung und -entwicklung, pflegen die Personalakten, erstellen die Lohn- und Gehaltsabrechnung der Mitarbeiter, dokumentieren und kontrollieren Urlaubs- und Krankheitstage sowie Arbeitszeiten und Über- bzw. Minusstunden. Sie organisieren Stellenausschreibungen und Bewerbungsgespräche.

Qualitätsmanager überwachen und überprüfen Arbeits- und Betriebsprozesse, führen Betriebsanalysen und Betriebsevaluationen durch, um Prozesse zu optimieren, bereiten Zertifizierungen vor und führen diese durch, damit das entsprechende Unternehmen eine Zertifizierung erhält, die die Qualität des Unternehmens bescheinigt. Zudem schulen und beraten sie Mitarbeiter hinsichtlich der Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen.

Informatiker entwickeln, programmieren und betreuen die Soft- und Hardware einer Einrichtung. Sie sind dafür

verantwortlich, dass digitale Strukturen funktionieren und das Kommunikationsnetz fehlerfrei arbeitet.

2.2.6 Weitere Berufsgruppen

Sozialarbeiter beschäftigen sich mit der sozialen Situation und den sozialen Problemen von zu Pflegenden, unterstützen diese bei Problemen, betreuen und beraten sie und ihre Angehörigen, z. B. in Bezug auf die Vermittlung von Pflegeplätzen oder bei der Beantragung von Sozialleistungen, führen Informationsveranstaltungen an Schulen durch, unterstützen und motivieren zu Pflegende in ihrer Selbstständigkeit.

Seelsorger unterstützen zu Pflegende, Angehörige und Mitarbeiter bei seelischen Sorgen und Problemen. Sie suchen das Gespräch mit zu Pflegenden, hören zu, unterstützen und begleiten in Krisensituationen, führen Gottesdienste und Andachten durch.

Rechtliche Betreuer übernehmen und regeln persönliche, finanzielle und gesundheitliche Belange von zu Pflegenden, die diese aufgrund ihrer körperlichen oder psychischen Verfassung nicht mehr selbstständig ausführen können. Die Betreuer können mitbestimmen, dass zu Pflegende z. B. in ein Pflegeheim umziehen. Sie kommunizieren finanzielle Angelegenheiten bei Banken und stimmen Untersuchungen und stationären Aufenthalten zu. Sie übernehmen die Dokumentation der genannten Belange und müssen diese regelmäßig bei Gericht im Rahmen ihrer Vormundschaft vorlegen.

Reinigungskräfte übernehmen die regelmäßige Reinigung von Flächen unter Beachtung der Hygieneauflagen und gemäß vorliegender Reinigungspläne. Sie nutzen dazu selbstständig benötigte Hilfsmittel, z. B. Reinigungsmaschinen.

2.3 Rolle und Aufgaben von Auszubildenden in der Praxis

2.3.1 Soziale Rollen kennen

Im alltäglichen Leben nimmt jeder Mensch unterschiedliche **soziale Rollen** ein (Abb. 2.6), d. h. gesellschaftlich zugeschriebene Normen und Erwartungen, die eine Person oder Gruppe, bezogen auf ihre soziale Stellung in der Gesellschaft, vorweisen bzw. umsetzen soll (Rollen-erwartungen, CE3, 1.1.1). Die Rollen und **Rollenbilder** werden sowohl durch die sozialen Interaktionspartner wie Angehörige oder Lehrpersonen als auch durch die Medien, z. B. durch Werbung, vermittelt. Gesellschaftli-

che Normen und Erwartungen an das Verhalten, Charakterzüge und das Aussehen einer Person in seiner jeweiligen Position, z. B. Frau, Mutter, Chefin, definieren die soziale Rolle. Jede Person hat so viele Rollen in sich, wie sie unterschiedlichen Gruppierungen angehört.



Abb. 2.6 Verschiedene soziale Rollen im Leben

Rollen und die Rollenverteilung sind grundsätzlich veränderbar. Dies zeigt sich z. B. in der gesellschaftlichen Entwicklung. Die sozialen Rollen von Frauen und Männern haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Ihnen werden heute andere gesellschaftliche Erwartungen zugeschrieben als noch vor 50 Jahren, z. B. wurde damals von Männern erwartet, dass diese in Vollzeit arbeiten gehen und dabei genug Geld verdienen, um die Familie zu ernähren. Von Frauen wurde erwartet, dass sie sich zu Hause um Haushalt und Kinder kümmern. Heute haben sich diese Rollenzuschreibungen gewandelt. Frauen arbeiten in Unternehmen in hohen Positionen. Männer nehmen häufig Elternzeit in Anspruch, um Zeit mit ihren Kindern verbringen zu können.

Von jungen Menschen wird häufig erwartet, dass sie sich zu unabhängigen, selbstständigen Individuen entwickeln, sich für einen Berufsweg entscheiden, eine Ausbildung oder ein Studium absolvieren und (gut) abschließen. Erwartungen an Auszubildende sind, dass diese wissbegierig, offen und lernbereit sind, sich in ein bestehendes Team integrieren und bestmöglich mit den betrieblichen Strukturen identifizieren. Oftmals wird zudem von ihnen erwartet, dass sie sich zwar bestehenden hierarchischen Strukturen unterordnen, aber gleichzeitig auch eine kritische Haltung einnehmen. Die kritisch reflexive Haltung gegenüber Rollenerwartungen, die an einen selbst gestellt werden, wird als **Rollendistanz** bezeichnet.

Jonas nimmt nicht nur die Rolle des Auszubildenden ein, sondern auch die des Mitschülers und des Sohnes. Wenn er Geschwister hat, ist er zudem Bruder. Alle genannten Personen haben unterschiedliche Erwartungen an Jonas.

Erstellen Sie eine Mindmap, in welcher Sie verdeutlichen, welche Rollen Sie in Ihrem privaten und beruflichen Umfeld einnehmen. Notieren Sie zu der jeweiligen Rolle die Erwartungen, die an Ihre Person in der jeweiligen Rolle gestellt werden.

2.3.2 Rollen der Teammitglieder verstehen und achten

Es gibt verschiedene Modelle, die die unterschiedlichen Rollen innerhalb eines Teams beschreiben. **Meredith Belbin** (2012) hat **9 verschiedene Rollen** identifiziert, die Teammitglieder in ihrem Team vertreten. Diese können **3 Kategorien** zugeteilt werden (Becker et al. 2018):

Handlungsorientierte Rollen:

- **Umsetzer:** sorgt für ein strukturiertes Vorgehen und dafür, dass die Struktur beibehalten wird
- **Perfektionist:** arbeitet gewissenhaft und sorgt dafür, dass die Umsetzung genau nach Plan abläuft
- **Macher:** motiviert zum Handeln und treibt das Vorhaben voran

Kommunikationsorientierte Rollen:

- **Koordinator:** koordiniert Aufgaben nach individuellen Fähigkeiten, agiert häufig als Teamleiter
- **Teamarbeiter:** ist sehr empathisch und im zwischenmenschlichen Miteinander kompetent, erkennt Konflikte und kann bei diesen vermitteln
- **Wegbereiter:** ist offen für neue Ideen und Anregungen und animiert auch das Team, sich für diese zu öffnen

Wissensorientierte Rollen:

- **Kreativer:** inspiriert das Team mit kreativen Ideen
- **Beobachter:** bewahrt einen objektiven Blick, wägt verschiedene Vorgehensweisen ab und geht strategisch vor
- **Spezialist:** verfügt über vertieftes Fachwissen, welches er ans Team weitergibt, ist zielstrebig

Schreiben Sie Ihren Namen mittig auf ein Blatt und setzen Sie die oben genannten Rollen um Ihren Namen herum. Deuten Sie durch unterschiedliche Entfernungen der Rollen zu Ihrem Namen an, wie sehr Sie sich mit den Rollen identifizieren können (nah bedeutet hohe Identifikation, weiter entfernt bedeutet niedrige Identifikation).

Die Rolleneinteilung orientiert sich vorwiegend an Persönlichkeitsmerkmalen einer Person. Es kommt selten vor, dass alle Rollen innerhalb eines Teams vorhanden

sind. Wichtig ist, dass möglichst unterschiedliche Rollen in einem Team verteilt sind und nicht alle Mitglieder die gleiche Rolle einnehmen, da dies zu Konflikten führen kann (Fieger, Fieger 2018).

2.3.3 Eigene Rolle finden und sich im Team positionieren

In einem neuen Team anzukommen bedeutet immer, den eigenen Platz und die eigene Rolle im Team zu finden. Dies benötigt Zeit und vollzieht sich in einem Prozess.

Als Auszubildender können die Integration und das Finden der eigenen Rolle im Team aufgrund der kurzen Zeitspanne eines jeden Einsatzes erschwert sein bzw. möglicherweise nicht gelingen. Grundsätzlich können die folgenden Hinweise helfen, sich im Rahmen der Ausbildung innerhalb eines Teams einzufinden:

- **vor Beginn des Einsatzes:** Reflektieren, wie man sich selbst wahrnimmt (**Selbstwahrnehmung**) und überlegen, wie man sich die Wahrnehmung durch andere Personen wünscht (**Fremdwahrnehmung**): „Was erwarte ich von mir und von anderen? Was erwarten andere von mir?“ Die Selbstwahrnehmung kann stark von der Fremdwahrnehmung abweichen. Das **Einführungsgespräch** eignet sich, um die spezifischen Erwartungen offen zu kommunizieren und abzuklären. Die eignen **Rollenerwartungen** und die von außen ändern sich im Verlauf der Ausbildung (CE3, 1.1.1).
- **zu Beginn des Einsatzes:** Mitglieder im Team beobachten, um herauszufinden, welche hierarchischen Strukturen im Team herrschen und welche unterschiedlichen Aufgaben und Eigenschaften die einzelnen Mitglieder innehaben.
- **während des Einsatzes:** Mit den anderen Teammitgliedern Fragen, Wünsche und Sorgen zu kommunizieren, aber auch authentisch zu sein, erleichtert es häufig, sich im Team zu positionieren und seine Rolle zu finden. Gerade am Anfang sollte man eine offene Haltung und Eigeninitiative zeigen, um sich in das bestehende Team zu integrieren. Das regelmäßige Einfordern von **Feedback** erleichtert die Rollenfindung oder Rollenanpassung.

Eigene Werte und die Frage, welche Werte einem selbst besonders wichtig sind, steuern den Umgang mit Erwartungen. Es hilft, fortwährend zu überprüfen und zu hinterfragen, ob Erwartungen angemessen sind, bzw. mit welchen Konsequenzen bei Nichterfüllung zu rechnen ist. Die Entscheidung zu treffen, welche Erwartungen man erfüllen möchte und welche nicht, z. B. jederzeit einzuspringen, wenn jemand krank ist, kann zu

Rollenkonflikte (CE3, 1.1.1) führen. Dahrendorf (2006) teilt Rollenerwartungen in Muss-Erwartungen, Soll-Erwartungen und Kann-Erwartungen ein. Die unterschiedlichen Rollenbilder und Rollenerwartungen an Auszubildende sind z. B., dass sie

- sich in die bestehenden hierarchischen Strukturen einfügen und diese einhalten,
- Eigeninitiative zeigen und sich einbringen, wo sie können,
- selbstbestimmt handeln sowie
- Rechte und Pflichten wahrnehmen und erfüllen, z. B. gemäß den Ausbildungsrichtlinien oder den Richtlinien in der jeweiligen Einrichtung.

Notieren Sie, inwiefern es in der Praxis zu Konflikten zwischen den Erwartungen und den Handlungsmöglichkeiten, die eine Person hat, kommen kann.

2.3.4 Ein professionelles Pflegeverständnis kennenlernen und eine berufliche Identität entwickeln

Pflegeschwestern und Auszubildende dürfen zu recht stolz auf ihre Berufswahl sein. Sie gehören einer großen Berufsgruppe an, die mit ihren vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben einen gesellschaftlichen Auftrag erfüllt. Viele Pflegenden identifizieren sich sehr stark mit ihrer Berufstätigkeit, d. h., sie entwickeln eine **berufliche Identität**. Die berufliche Identität ist Teil der persönlichen Identität eines Menschen und betrifft den Lebensbereich Arbeit, Leistung und Beruf.

Die Entwicklung beruflicher Identität ist eng verknüpft mit dem **individuellen Pflegeverständnis**. Das Pflegeverständnis beschreibt, wie Pflegeschwestern individuell über Pflege denken und wie sie mit den zu pflegenden Menschen umgehen.

Dies wird beeinflusst durch

- grundlegende Definitionen und Leitsätze in der Pflege,
- den sozialen und den Bildungshintergrund,
- das von der Erziehung geprägte Menschenbild,
- die Pflegeausbildung,
- die Medien,
- gesellschaftliche Normen und Werte,
- persönliche Erfahrungen und
- die strukturellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.

Daher wird die Pflege im Alltag, je nach dem individuellen Verständnis, äußerst unterschiedlich gelebt. Auch Auszubildende bringen bereits erste Vor-

stellungen von der Pflege und dem Umgang mit Menschen ein.

Inwiefern haben die genannten Einflussfaktoren Ihre Vorstellungen von Pflege bzw. Ihr Pflegeverständnis geprägt? Was bringen Sie bereits mit?

Gewünscht ist eine Vereinheitlichung des Pflegeverständnisses und in der Folge eine Professionalisierung der Pflege. Die Grundlage für diese wichtige Veränderung bildet das **Pflegestärkungsgesetz** (2017). Es definiert ein neues Pflegeverständnis:

Mit dem seit Anfang 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff soll sich für alle Pflegebedürftigen die inhaltliche Ausrichtung der Pflege in der täglichen Praxis ändern. Dieses neue Pflegeverständnis orientiert sich an dem übergeordneten Ziel, die pflegebedürftigen Menschen bei der Bewältigung ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten pflegeschwestern begründet umfassend zu unterstützen und ihre Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern.

(Bundesministerium für Gesundheit 2017)

► Merke

Das **neue, „professionelle“ Pflegeverständnis** orientiert sich an der Zielsetzung,

- die zu pflegenden Menschen bestmöglich in der Bewältigung ihres Alltags zu unterstützen,
- ihre Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern,
- ihre Selbstbestimmung (Autonomie) zu bewahren und
- ihr Denken, Fühlen und Handeln sowie ihr Umfeld, ihre Angehörigen einzubeziehen.

Die Entwicklung beruflicher Identität beginnt mit der Ausbildung. Auszubildende ohne weitreichende Vorerfahrung in Theorie und Praxis lernen Pflege und das neue Pflegeverständnis in ihrer Bildungseinrichtung kennen. Sie erleben eine Orientierung an den neuesten gesetzlichen Vorgaben, die sich in Theorien und Modellen wie dem Caring-Konzept (CE1, 1.1) und den ethischen Grundsätzen des ICN-Ethikkodex (CE1, 3.5.1) widerspiegeln. Dies erfasst zunächst, wie Pflege sein sollte, und entspricht den Wünschen der Auszubildenden: Der Mensch im Mittelpunkt, für den sie da sein wollen.

Die Pflegepraxis weicht häufig ab, denn Veränderungen vollziehen sich nur langsam. Auch die widrigen Rahmenbedingungen wie der Pflegeotstand nehmen

Einfluss auf die Umsetzung. Die vollständige Übernahme einer notwendigen Maßnahme zur Körperpflege ist z. B. schneller erledigt, als einen zu pflegenden Menschen in dieser Fähigkeit anzuleiten oder nur teilweise zu unterstützen. Theorie und Praxis – Sollen und Sein – unterscheiden sich zum Teil sehr. Lernen Auszubildende die Praxis kennen, wird ihr Pflegeverständnis auch von ihren dortigen Erfahrungen beeinflusst. Wie gearbeitet wird, erscheint als „übliche Praxis“ und steht manchmal im Widerspruch zu dem Gelernten („Arbeitsweisenparadox“, Theorie-Praxis-Konflikt, CE3. 1.1.1). Für viele Auszubildende entsteht in der Folge ein Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, was die Identifizierung mit dem Beruf erschwert. So gelingt es meist erst nach der Abschlussprüfung, eine intensive berufliche Identität zu entwickeln. Sie wächst mit der Übernahme von immer mehr Verantwortung, Freude und Spaß am Handeln und dem persönlichen Standing (Quernheim, Zegelin 2021).

Hilfreich für die Auszubildenden sind Vorbilder, also Pflegepersonen, die nach dem professionellen Pflegeverständnis leben. Pflegesituationen werden analysiert und reflektiert: Was ist aus welchem Grund gelungen oder weniger gelungen? Besonders gefordert sind Praxisanleitende und Praxisbegleitende, die diese Situationen kennen und die Reflexion anregen und begleiten.

Des Weiteren wird die Entwicklung der beruflichen Identität unterstützt durch

- das Kennenlernen der Berufsverbände der Pflege, insbesondere der Angebote für die Auszubildenden, z. B. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Junge Pflege (CE1, 4.1.1),
- die Arbeit der bestehenden Pflegekammern (CE1, 4.3.3) sowie
- Informationen über die Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung (Fort- und Weiterbildung) (CE1, 4.2.5).

2.3.5 Sich im pflegerischen Arbeitsalltag zurechtfinden

Schichtsystem und Arbeitszeit

Im Arbeitsfeld der Pflege wird typischerweise im **Schichtdienst** gearbeitet. Die Schichtarbeit ist eine besondere Form der Arbeitsgestaltung. Dabei werden mehrere Arbeitnehmer zeitlich versetzt nacheinander eingesetzt. In der Arbeitswelt unterscheidet man zwischen dem **2-Schicht-System** (in der Regel Früh- und Spätschicht) und dem **3-Schicht-System** (Früh-, Spät- und Nachtschicht).

Die Schichten sind aufgeteilt in:

- **Frühdienst**
- **Spätdienst**
- **Nachtdienst**

Beginn, Ende und Länge der Arbeitszeit variieren je nach Schicht. Optimalerweise findet ein regelmäßiger Wechsel der unterschiedlichen Dienstzeiten statt, mit freien Tagen als festem Bestandteil. Das Schichtsystem schließt auch die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen ein.

Da in der Pflege regelmäßig auch an den Wochenenden gearbeitet wird, spricht man von einem **vollkontinuierlichen Schichtsystem**. In einem solchen Schichtsystem arbeiten die Mitarbeiter in Wechselschicht. Das bedeutet, dass sie in einem bestimmten Rhythmus in den verschiedenen Schichten eingesetzt werden. Ziel der Wechselschicht ist es, die besonderen Belastungen, die vor allem durch die Nachtarbeit entstehen, gleichmäßig auf alle Mitarbeiter zu verteilen. In der Praxis finden sich jedoch auch Mitarbeiter, die als Dauernachtwachen tätig sind. Diese Mitarbeiter haben sich durch die Umstellung ihres gesamten Lebensrhythmus mit den Belastungen arrangiert und wollen in der Regel nicht mehr zurück ins Wechselschichtsystem.

Hier kommt § 6 Absatz 1 **Arbeitszeitgesetz** (ArbZG) ins Spiel. Danach ist die Arbeitszeit der Nacht- und Schichtarbeiter nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit festzulegen. Der Arbeitgeber wird durch diese gesetzliche Regelung gezwungen, die in seinem Betrieb zu leistende Schicht- und Nachtarbeit immer an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen.

Nachtarbeit darf die werktägliche Arbeitszeit der Nachtarbeiter von 8 Stunden nicht überschreiten (§ 6 Absatz 2 Satz 1 ArbZG). Sie kann auf bis zu 10 Stunden verlängert werden, wenn innerhalb eines Kalendermonats oder innerhalb von 4 Wochen im Durchschnitt 8 Stunden werktäglich nicht überschritten werden (§ 6 Absatz 2 Satz 2 ArbZG).

Für **Auszubildende** gilt:

- **Schichtarbeit** ist auch während der Ausbildungszeit zu leisten. Hier gelten besondere Regelungen, wenn die Auszubildenden minderjährig (unter 18) sind. In diesem Fall dürfen sie nur zwischen 6:00 Uhr und 20:00 Uhr beschäftigt werden, so § 14 Absatz 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG). **Nachtschichten** sind also für minderjährige Auszubildende ausgeschlossen.

- Die Beschäftigung am **Samstag** und **Sonntag** ist für minderjährige Auszubildende nach §§ 16, 17 JArbSchG verboten, wobei es Ausnahmen von diesem Grundsatz für die Pflege gibt. In Krankenhäusern und in Pflegeheimen dürfen Jugendliche auch an Samstagen beschäftigt werden, wobei jedoch mindestens 2 Samstage im Monat arbeitsfrei bleiben sollen. Diese sind jedoch nicht einklagbar, weil das Gesetz nur davon spricht, dass 2 Samstage frei bleiben „sollen“, so § 16 Absatz 2 JArbSchG. Für Sonntage gilt, dass jeder 2. Sonntag frei bleiben soll, mindestens aber 2 Sonntage im Monat arbeitsfrei sein müssen (§ 17 Absatz 2 JArbSchG). Die beiden freien Sonntage wären daher einklagbar.
- Bei **Feiertagsarbeit** gelten wieder abweichende Regelungen für minderjährige Auszubildende. § 18 JArbSchG regelt, dass am 24. und 31. Dezember ab 14:00 Uhr und an allen gesetzlichen Feiertagen Jugendliche nicht beschäftigt werden dürfen. Wobei es auch hier wieder Ausnahmen für den Pflegebereich gibt. Danach ist die Beschäftigung an gesetzlichen Feiertagen zulässig, außer am 25.12., am 01.01., am 01.05. und am 1. Osterfeiertag. Das bedeutet, dass in der Pflege Minderjährige an allen anderen gesetzlichen Feiertagen beschäftigt werden können.

Arbeitskleidung

Die Kleidung, die Pflegepersonen während ihrer Arbeit tragen, erfüllt je nach Setting unterschiedliche Anforderungen.

Arbeitskleidung kann aus alltagstauglichen Kleidungsstücken wie Jeans und T-Shirt bestehen. Der Arbeitnehmer kann diese selbstständig auswählen.

Die **Dienstkleidung** macht kenntlich, für welchen Arbeitgeber gearbeitet wird, z. B. durch ein aufgedrucktes Logo der Einrichtung. Der Arbeitgeber gibt diese Dienstkleidung vor.

Häufig tragen Pflegepersonen einen **Kasack**. Das dreiviertel lange Kleidungsstück für den Oberkörper gibt es in verschiedenen Farben und wird normalerweise mit einer Baumwollhose kombiniert. Es wird geschlechtsneutral gebraucht und teilweise auch vom ärztlichen Fachpersonal getragen. Im Operationssaal werden häufig grüne Kasacks, auf Station weiße Kasacks getragen. Je nachdem in welchem Bereich gearbeitet wird, z. B. im OP oder in der Anästhesie, wird dann von **Bereichskleidung** gesprochen (Abb. 2.7). Der Kasack zählt, neben der Berufshose, Poloshirts und Kittel zur **Berufskleidung**, die für eine Berufsgruppe typische Kleidungsstücke beschreibt.

Vorteile von Berufs- bzw. Dienstkleidung:

- Das Personal wird sofort als dieses erkannt.
- Personal wirkt kompetent.
- Es wird verhindert, dass Keime in den Privatbereich von Mitarbeitern gelangen.



Abb. 2.7 Bereichskleidung

Im psychiatrischen Pflegebereich sowie in der Langzeitpflege wird häufig normale Alltagskleidung getragen. Wichtig ist, dass die Kleidung, egal ob Kasack oder Alltagskleidung, bei mindestens 60° Celsius gewaschen werden kann. Alltagskleidung wird normalerweise durch die Mitarbeiter selbst gewaschen. Ansonsten ist es üblich, dass die Dienstkleidung in der Einrichtung verbleibt und unter Beachtung der Hygienevorschriften gereinigt wird. Das Schuhwerk muss rutschfest und geschlossen sein (Abb. 2.8). Welche Arbeitskleidung am Arbeitsort getragen wird, entscheidet der jeweilige Arbeitgeber.

Darüber hinaus gibt es **Schutzkleidung**, die im Rahmen des Infektionsschutzes zum Einsatz kommt und aus Mundschutz, Handschuhen, Schutzhürze, Kittel, Augenschutz und Kopfbedeckung besteht.



Abb. 2.8 Korrektes Schuhwerk

Standards der Einrichtung

Das **Qualitätsmanagement** in Einrichtungen gibt **hausinterne Standards** vor, die die Qualität der Pflege sichern. Standards sind Richtlinien, die die einheitliche Art und Weise der Durchführung der Pflege vorgeben. Als Grundlage für interne Pflegestandards gelten die Expertenstandards (CE1, 4.6.2). Alle Mitarbeitenden müssen sich an dieses Vorgehen halten. Die Standards sind schriftlich fixiert und allen Mitarbeitenden zugänglich, sodass bei Unsicherheiten schnell darauf zurückgegriffen werden kann. Die Standards legen z. B. fest, wie in einem Notfall reagiert werden soll, wie die Aufnahme neuer zu Pflegenden gestaltet wird oder auch wie die Schmerzerfassung erfolgt. Ebenso gibt es Standards in Bezug auf Körperpflege, z. B. der Mundpflege oder der Inkontinenzversorgung sowie der Behandlungspflege, z. B. Stomaversorgung oder Verbandwechsel.

Die Verständigung über interne (**Pflege-)**Standards ist Bestandteil der teaminternen Kommunikation. Standards basieren auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Sie legen einrichtungsintern das geforderte Qualitätsniveau der Pflegetätigkeiten fest und stellen verbindliche Anweisungen dar. Sie dienen der pflegerischen Versorgung und machen Handlungsabläufe qualitativ vergleichbar. Die Standards erleichtern außerdem die Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

2.4 Ausbildungsnachweis führen

Das Führen eines **Ausbildungsnachweises** ist für alle Auszubildenden Pflicht und stellt damit die Dokumentation der praktischen Ausbildung sicher. Die Zulassung zur abschließenden staatlichen Prüfung erfolgt nur, wenn ein vollständig geführter Ausbildungsnachweis vorgelegt wird. Damit wird gesichert, dass die praktische Ausbildung in voller Gänze absolviert wurde. Die Auszubildenden sind dafür verantwortlich, den Ausbildungsnachweis einschließlich aller zugehörigen Dokumente zu führen und zu vervollständigen.

Der Ausbildungsnachweis enthält Stundennachweise für die einzelnen Praxiseinsätze, Daten der jeweiligen Einrichtung bzw. Abteilung, Gesprächsprotokolle für die Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche, Nachweise für Praxisanleiterstunden, Formulare für Praxis- und Lernaufgaben, Tätigkeitsnachweise, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die während des jeweiligen Einsatzes erworben bzw. vertieft wurden, dokumentieren (Abb. 2.9) sowie Formulare für die Beurteilung.

Die Dokumentation bildet den Lernprozess bzw. den aktuellen Lernstand und somit den Kompetenzzu-

wachs aus den 5 Kompetenzbereichen der Ausbildung ab (CE1, 1.1.4), zeigt Stärken und Förderbedarfe auf und ermöglicht die Selbstreflexion der Lernenden.

Der Ausbildungsnachweis hält nicht nur den Ausbildungsstand fest, sondern stellt auch ein Kommunikationsmedium zwischen Schule und Einsatzort dar.

2.5 Die eigene Gesundheit im Blick behalten

Den meisten Menschen fällt es schwer, in sich selbst hineinzu fühlen und sensibel dafür zu sein, ab wann das Arbeitspensum, eingeschlichene Routinen und Verhaltensweisen nicht mehr gut tun und krank machen. Häufig gelingt es nicht, den richtigen Zeitpunkt zu finden, um die ungesunden Verhaltensweisen zu durchbrechen und die Grenze zum Kranksein nicht zu überschreiten.

2.5.1 Für die eigene Gesundheit aufmerksam sein

Der Körper ist in der Regel eine verlässliche Quelle, um zu signalisieren, wann die persönlichen Belastungsgrenzen erreicht sind. Warnzeichen, die der Körper gibt, können z. B. Erschöpfung, Nervosität, Unruhe, Schlafmangel, Kopf- und Nackenschmerzen oder Gereiztheit sein.

Deshalb ist es im Rahmen einer guten **Selbstfürsorge** wichtig, körperliche und psychische Anzeichen von Belastungen frühzeitig wahrzunehmen und zu erkennen (CE3, 1.1.1). Diese können individuell sehr unterschiedlich sein, wiederholen sich aber häufig bei wiederkehrenden belastenden Situationen. Fällt es schwer, aufmerksam für psychische und körperliche Veränderungen zu sein, kann es helfen, über einige Wochen ein Tagebuch über mögliche Symptome und Veränderungen zu führen oder das eigene Umfeld zu bitten, Rückmeldungen über Verhaltensweisen zu geben.

Selbstfürsorge bedeutet, wertschätzend, aufmerksam und achtsam mit sich selbst und der eigenen Gesundheit umzugehen. Veränderungen und Bedürfnisse, z. B. nach ausreichend Schlaf, wahrzunehmen, diesen nachzugehen und das eigene Wohlbefinden und die Gesundheit zu fördern. Da nicht jedes Bedürfnis sofort erfüllt werden muss, kann es ggf. aufgeschoben und die Bedürfnisse daher priorisiert werden. Dabei können Ressourcen und Strategien entwickelt werden, um auch bei phasenweise hohem Arbeitspensum gesund und zufrieden zu bleiben (CE4, 6.2.1).

Orientierungseinsatz Kompetenzorientierter Tätigkeitsnachweis				
Auszubildende/-r: _____				
Zuordnung der Kompetenzen	Ausbildungsinhalte Orientierungseinsatz	Theorie (in Schule oder Praxisseinsatz erworben)	gezeigt / assistiert	selbstständig durchgeführt
IV.2	... Prinzipien wirtschaftlichen und ökologischen Arbeitens in angemessenem Umfang umsetzen.			
	... Maßnahmen der hausinternen Wäschepflege durchführen.			
Kommunikation gestalten: Die/Der Auszubildende kann ...				
III.1	... von erlebten Situationen sachlich und sachgerecht berichten.			
II.1	... einen wertschätzenden Umgang wahren und eine angemessene Anrede (Du/Sie) sowie allgemeingültige Regeln der Kommunikation im Kontext der Pflege anwenden.			
	... folgende Maßnahmen zur Förderung der Wahrnehmung und Orientierung bei Pflegebedürftigen mit entsprechenden Einschränkungen erklären und anwenden:			

Abb. 2.9 Auszug aus einem Ausbildungsnachweis

1. Beschreiben Sie, wie Sie Ihren aktuellen psychischen und physischen Gesundheitszustand wahrnehmen.
2. Zählen Sie auf, was Sie aktuell tun könnten, damit ihr physischer und psychischer Gesundheitszustand sich verbessert. Gestalten Sie dazu digital einen Flyer, welchen Sie sich als Merkblatt ausdrucken können, z. B. mit einem kostenlosen Webprogramm wie www.canva.com oder mit einem Textverarbeitungsprogramm.
3. Präsentieren Sie den fertigen Flyer Ihren Mitschülern und erläutern Sie die aufgeführten Maßnahmen.

2.5.2 Unterstützungsangebote zur eigenen Gesunderhaltung kennen

Unterstützungsangebote zur Gesunderhaltung sind vielfältig und häufig einfacher zu erreichen und umzusetzen als gedacht. Eigene Verhaltensweisen zu hinterfragen, z. B. in Bezug auf die Ernährung, die sportliche Aktivität, das Konsumverhalten oder auch das eigene Stressmanagement, ist der erste Schritt. Sich zu überlegen, was in diesen Bereichen förderlich für die Gesundheit ist und was einem selbst guttut, kann helfen, sich auf einen Bereich zu fokussieren und dort gezielt nach Unterstützungsangeboten zu suchen.

Sowohl in der Schule als auch an den Praxisorten stehen Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sich über genannte Themen auszutauschen, z. B. mit Lehrkräften, Mitschülern, Praxisanleitern oder Kollegen, hilft häufig schon, von den Erfahrungen anderer zu profitieren und Tipps zu erhalten.

In Schulen werden häufig Projekte bzw. Seminartage zur Selbstpflege oder zur Rückengesundheit, zur gesunden Ernährung und zum Thema Stressmanagement angeboten. Auch Coachingangebote, Fallbesprechungen, Supervisionssitzungen finden sowohl in der Schule als auch in der Praxis Anwendung und können insbesondere zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen.

Arbeitgeber sind zudem durch das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu achten und aktiv dafür etwas zu tun. Dazu zählt z. B. die Einhaltung der Arbeits- und Pausenzeiten (Abb. 2.10) oder das Vermeiden von Berufskrankheiten. Insbesondere große Einrichtungen und Betriebe verfügen häufig über ein eigenes betriebliches Gesundheitsmanagement. Mitarbeiter können z. B. Informationsveranstaltungen und Fortbildungen zur Gesundheitsförderung oder auch angebotene Sportkurse besuchen.



Abb. 2.10 Einhaltung der Pausenzeiten dient der Gesunderhaltung

Weitere Unterstützungsangebote können sein:

- Präventionskurse der Krankenkasse
- Etablierung einer gesundheitsförderlichen Gesprächskultur in der Praxis
- Berücksichtigung der familiären Situation, z. B. bei der Dienstplangestaltung
- Pausen möglichst außerhalb des dienstlichen Umfelds ermöglichen
- Austausch mit Familie und Freunden

1. Erstellen Sie zu den Unterstützungsangeboten zur eigenen Gesunderhaltung, die der Träger Ihrer Ausbildung und/oder die Schule bereitstellen, eine Übersicht. Zeigen Sie anschließend auf, welche Unterstützungsangebote Sie bei Bedarf wahrnehmen würden und welche Sie ggf. bereits in Anspruch genommen haben.
2. Setzen Sie sich mit Ihrem Rollenverständnis in Ihrer Position als angehende Pflegefachperson auseinander. Nähern Sie sich dem Thema durch folgende Zugänge:
 - a) Grafik: Visualisieren Sie Ihre Gedanken zum genannten Thema anhand einer selbst krei-rierten Grafik, z. B. ein Schaubild, eine Zeichnung, eine Karikatur etc.
 - b) Fließtext: Schreiben Sie einen zusammenhängenden Text zu den Inhalten, die das Thema umfassen.
 - c) Stichpunkte: Reduzieren Sie die Inhalte auf wichtige Kernaussagen bzw. Kernpunkte, die die Inhalte möglichst genau beschreiben.

Sie dürfen sich aussuchen, ob Sie mit a), b) oder c) starten möchten.

- d) Stellen Sie Ihre Ergebnisse anschließend in Ihrer Klasse vor.

Folgende Hilfsfragen können Ihnen helfen:

- Welche Werte sind mir im Berufsalltag wichtig und welche Werte zeichnen mich aus? Würden Sie z. B. über sich sagen, dass Ihnen Zuverlässigkeit, Freundlichkeit, Dankbarkeit, Vertrauen etc. besonders wichtig sind?
 - Was erwarten Sie von sich selbst im Rahmen der Ausbildung?
 - Was erwarten andere von Ihnen, z. B. Bewohner, Kollegen, Angehörige?
 - Welche Erwartungen hat die Gesellschaft an Sie als Auszubildende zur Pflegefachperson?
 - Stimmen die Erwartungen alle miteinander überein oder können Sie irgendwo Differenzen feststellen?
3. Formulieren Sie eine persönliche Stellungnahme zu der These: „Als Auszubildender ist man das letzte Glied der Kette innerhalb eines Teams und muss sich dementsprechend auch verhalten.“ Entwickeln Sie Argumente, die Ihre Meinung unterstützen.

Quellenverzeichnis

- Becker, J. H. et al. (2018): Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen. 50 Handlungskompetenzen für Ausbildung, Studium und Beruf. Berlin: Springer.
- Belbin, M. (2012): Team Roles at Work. Oxford: Elsevier.
- Bendig, H. (2017): Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag: Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In: iga. Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.). Dresden: Zukunft der Arbeit GmbH. Unter: www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser_Gesundheit_fuer_Pflegekraefte.pdf [11.06.2024].
- Bohrer, A.; Walter, A. (2015): Entwicklung beruflicher Identität – empirische Erkenntnisse zum Lernen in der Berufspraxis.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Leitfadens: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis (Anhang A3 zum Abschlussbericht zu Los 1).
- Dahrendorf, R. (2006): Homo Sociologicus: ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Fieger, J.; Fieger, K. T. (2018): Führung ist erlernbar. Mit Struktur zur erfolgreichen Führungskraft. Wiesbaden: Springer.
- Graf, S. et al. (2020): Überfachliche Kompetenz: Teamwork. ETH Zürich Research Collection. ETH Zürich: Department Bau, Umwelt und Geotechnik. Unter: www.research-collection.ethz.ch/bitstream/handle/20.500.11850/458787/LZ7_Teamwork_Gesamt_V1909.pdf?sequence=1&isAllowed=y [11.06.2024].
- Möller, S. (2016): Erfolgreiche Teamleitung in der Pflege. Berlin Heidelberg: Springer.
- Quernheim, G.; Zegelin, A. (2021): Berufsstolz in der Pflege. Das Mutmachbuch. Bern: Hogrefe.
- Zimbardo, P. et al. (2008): Psychologie. München: Pearson.

3 Ersten Kontakt mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen aufnehmen

↓ CE1_3_Kompetenzraster

Kathrin Schäfer, Auszubildende im 1. Ausbildungsdrittel, hat ihren Orientierungseinsatz auf einer geriatrischen Station.

Heute geht Kathrin mit ihrem Praxisanleiter Darek Roschinski in das Zimmer von Pauline Hans, die Kathrin bisher nicht kennengelernt hat. Frau Hans hat Besuch von ihrer Tochter, Frau Friedrich. Kathrin lächelt freundlich, während Darek sie den beiden Frauen vorstellt: „Guten Tag Frau Hans, guten Tag Frau Friedrich. Ich hoffe, es geht Ihnen gut. Ich möchte Ihnen unsere Auszubildende Kathrin Schäfer vorstellen. Kathrin, das sind Frau Hans und ihre Tochter Frau Friedrich.“

Kathrin nickt den beiden Frauen höflich zu und bedankt sich für die Vorstellung. Aufmerksam hört Kathrin zu, als Darek sie informiert, dass Frau Hans vor einer Woche an der Hüfte operiert wurde und noch Schwierigkeiten hat, sich zu bewegen. Frau Hans und ihre Tochter ergänzen Dareks Bericht und erzählen von den Herausforderungen, mit denen sie in den letzten Tagen konfrontiert waren. Frau Friedrich ist sehr besorgt, weil sie sich nicht vorstellen kann, wie ihre Mutter nach der Entlassung zu Hause zurechtkommen soll, wo sie doch vor der Hüft-OP noch völlig selbstständig war. Frau Hans' Schicksal und die Sorge ihrer Tochter berühren Kathrin, und sie spürt das Bedürfnis, beiden Sicherheit und Unterstützung zu bieten.

Nach einigen Tagen darf Kathrin Frau Hans bei der Körperpflege zur Hand gehen, während sich Darek im Hintergrund hält. Kathrin möchte Frau Hans ein angenehmes Erlebnis bieten und nutzt die Gelegenheit, eine tiefere Beziehung zu Frau Hans aufzubauen. Kathrin: „Guten Morgen Frau Hans. Ich hoffe, Sie haben gut geschlafen.“ Frau Hans: „Guten Morgen, ja danke, soweit geht es mir gut.“ Kathrin: „Das freut mich zu hören.“ Sie beginnt ein Gespräch, indem sie mit einfühlsamen Worten informiert. „Heute möchte ich Ihnen gerne bei der Körperpflege helfen. Ich werde Ihnen jeden Schritt erklären und sicherstellen, dass Sie

sich dabei wohlfühlen. Sind Sie damit einverstanden?“

Frau Hans: „Ja, das wäre schön. Vielen Dank, Kathrin.“

Kathrin: „Sehr gerne, Frau Hans. Jetzt werde ich damit beginnen, das warme Wasser vorzubereiten. Sagen Sie mir bitte Bescheid, wenn es zu heiß oder zu kalt ist.“ Kathrin erkundigt sich auch, ob Frau Hans die Durchführung angenehm ist und schafft so eine Atmosphäre des Vertrauens. Während ihr Kathrin den Rücken wäscht, öffnet sich Frau Hans und freut sich über Kathrins ehrliches Interesse an ihrer Person. Sie erzählt ihr, dass sie gerne liest und Musik hört. Für Kathrin sind diese Informationen ein Ansatzpunkt für weitere Gespräche. Ihr Ziel ist es, dass Frau Hans sich während ihres Aufenthalts sicher und gut betreut fühlt.

Darek lobt Kathrin wegen ihrer einfühlsamen Kontaktaufnahme mit Frau Hans und weist sie darauf hin, dass auch Frau Friedrich der Unterstützung bedarf: Es gilt, die Bedeutung ihrer Rolle als Bezugsperson anzuerkennen, ein offenes Ohr für ihre Ängste und Sorgen zu haben und sie als Teil des multiprofessionellen Teams, das sich um Frau Hans kümmert, zu verstehen. Dazu ist es u. a. notwendig, ihre Bedenken ernst zu nehmen und sie verständlich über den Pflegeprozess zu informieren.

In den nächsten Tagen ist Kathrin emotional aufgewühlt. Sie empfindet Freude, wenn sie sieht, wie sich die Beziehung zu Frau Hans und Frau Friedrich allmählich entwickelt, gleichzeitig erlebt sie Momente der Unsicherheit und zweifelt, ob sie alle Erwartungen von Mutter und Tochter erfüllen kann. Sie ist motiviert, jeden Tag dazuzulernen und ihre Fähigkeiten in der Pflege weiterzuentwickeln. Kathrin sucht das Gespräch mit Darek, um über ihre Gedanken zu sprechen. „Darek, ich möchte gerne mit dir über etwas sprechen, das mich beschäftigt. In den vergangenen Tagen habe ich mich unsicher gefühlt, besonders in Bezug darauf, ob ich alle Erwartungen von Frau Hans und ihrer Tochter erfüllen kann.“

1. Wie geht es Ihnen, wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind? Von welchen Menschen fällt es Ihnen leichter, Hilfe anzunehmen?
2. Warum ist es Ihnen wichtig, anderen Menschen zu helfen? Wie zeigt sich diese Motivation in Ihrer Pflegepraxis? Beschreiben Sie eine Situation,

in der Sie besonders engagiert und motiviert waren, einer pflegebedürftigen Person zu helfen. Was hat Sie in dieser Situation dazu motiviert, sich besonders einzusetzen? Wie hat sich Ihr Engagement auf die Person ausgewirkt?

3. Wie gelingt es Kathrin, Frau Hans' Bedürfnisse zu erfüllen und einen positiven Erstkontakt aufzubauen?
4. Was sind mögliche Herausforderungen bei der Pflege von pflegebedürftigen Personen

und wie können Sie damit umgehen? Wie gehen Sie mit emotionalen Herausforderungen um, die während Ihrer Pflegeausbildung auftreten können?

3.1 Grundlagen der Kommunikation

Zu pflegen, bedeutet immer auch zu **kommunizieren** und zu **interagieren**. Ohne den Austausch von Botschaften (Kommunikation) sind aufeinander abgestimmte Handlungen (Interaktion) und damit eine gute Pflege nicht möglich. Somit ist die Kommunikation mit den zu pflegenden Personen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen, aber auch mit den Mitgliedern des pflegerischen Teams und anderer Berufsgruppen Voraussetzung für das Pflegehandeln und ein wesentlicher Bestandteil des Pflegealltags (Abb. 3.1).

Kommunikation in der Pflege ist weit mehr als ein Austausch von Sachinformationen. Sobald Pflege beginnt, findet auch Kommunikation statt. Selbst in

scheinbar einfachen Handlungsanlässen wie der Verabreichung von Medikamenten spielt Kommunikation eine entscheidende Rolle. Sie durchzieht jeden Aspekt der Pflegepraxis.

3.1.1 Kommunikationsarten

Kommunikation, also der Austausch von Informationen, geschieht auf 3 Arten (Abb. 3.2, Abb. 3.3)

- **verbal** mit Worten,
- **nonverbal** über Körpersprache, Mimik, Gestik und optische Zeichen,
- **paraverbal** Sprechweise, z. B. laut oder leise, Betonungen und Pausen, Tonhöhe und Geschwindigkeit.



Abb. 3.1 Verschiedene Anlässe zur Kommunikation in der Pflege

Paraverbal vermittelt Absichten, Emotionen und Haltungen und ergänzt die verbale und nonverbale Botschaft. Das Verstehen der gesprochenen Worte und der nonverbalen und paraverbalen Signale ermöglicht eine effektive und einfühlsame Kommunikation.

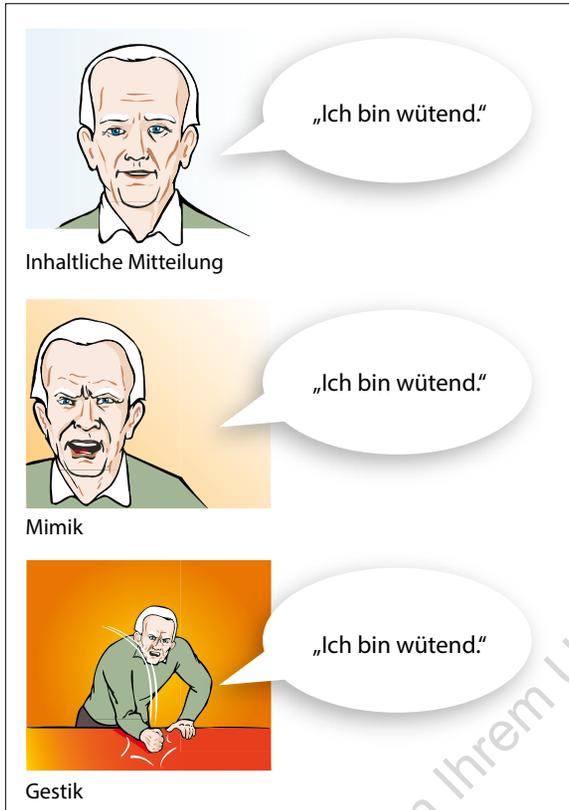


Abb. 3.2 Mimik und Gestik gehören zur nonverbalen Kommunikation

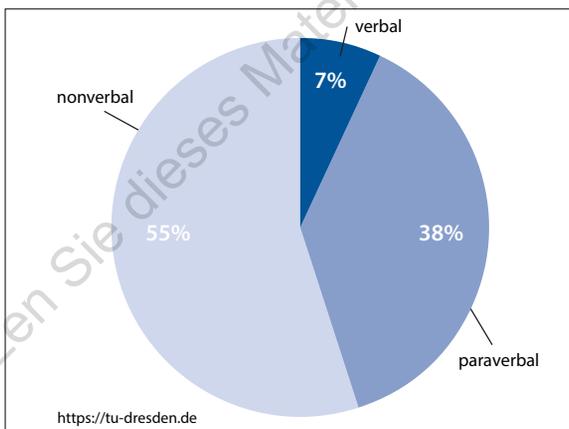


Abb. 3.3 Verteilung der Anteile verbaler, nonverbaler und paraverbalen Kommunikation

3.1.2 Wahrnehmung und Beobachtung

Indem eine Pflegefachperson zu Pflegenden Aufmerksamkeit schenkt und sie wahrnimmt, wird eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut. Durch diese Wahrnehmung und Beobachtung können die Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen der zu Pflegenden besser verstanden und darauf angemessen reagiert werden. Diese Achtsamkeit fördert nicht nur das gegenseitige Verständnis, sondern auch die Qualität der Pflege.

Bewusste Wahrnehmung bezeichnet die gezielte und aufmerksame Aufnahme von Reizen und anderen Informationen durch die Sinne, insbesondere durch Sehen, Hören und Fühlen. Eine bewusst wahrnehmende Person konzentriert sich in einer Gesprächssituation bewusst auf das Gesagte, die Körpersprache und die Emotionen des Gesprächspartners. Dadurch erfasst sie mehr Details der Kommunikation und Interaktion und entwickelt ein tieferes Verständnis für andere Menschen.

Im Prozess der **unbewussten Wahrnehmung** verarbeitet das Gehirn unbeabsichtigt Informationen und Reize. Die Verarbeitung von Eindrücken erfolgt automatisch und findet auf einer tieferen Ebene im Unterbewusstsein statt. Die Person nimmt Sinnesreize auf und interpretiert sie, ohne dass sie diese bewusst kontrolliert oder erlebt.

► Tipp

Im **Wahrnehmungsprozess** (CE1, 5.2.1) werden Informationen aus der Umwelt aufgenommen und interpretiert. Daran beteiligt sind die Sinnesorgane, die Reizwahrnehmung, die Sensorik, die Informationsweiterverarbeitung im Gehirn und die Interpretation der Sinneseindrücke.

Die Pflegefachperson erfasst in einer Kommunikationssituation anhand von subjektiven und objektiven Beobachungskriterien den Zustand und die Bedürfnisse einer zu pflegenden Person (CE1, 5.2.1).

Stereotype

Sobald eine Person eine andere sieht, kann es passieren, dass sie ihr Gegenüber bewertet. Oft passiert dies anhand von **stereotypen Urteilen**, die sie im Kopf hat. Stereotype dienen dazu, die Welt überschaubarer zu machen. Jedoch bewerten und interpretieren Menschen andere Menschen und Alltagssituationen immer wieder neu (Abb. 3.4). Je bewusster sie sich ihrer Stereotype und wertenden Gedanken sind, desto freier treten sie mit anderen Menschen in Kontakt.



Abb. 3.4 Typisch Mann, typisch Frau?

► **Merke**

Pflegefachpersonen begegnen zu Pflegenden stets neutral und vorurteilsfrei.

Um mögliche **Vorurteile** oder Stereotype zu erkennen und zu überwinden, ist es wichtig, dass Pflegefachpersonen sich selbst reflektieren (CE3, 1.2.4). Diese Selbstreflexion ermöglicht eine authentische und vorurteilsfreie Betreuung. Die Pflegefachperson begegnet den zu Pflegenden mit Respekt, Empathie und Sensibilität.

Denken Sie über Situationen nach, in denen Sie bereits mit Vorurteilen konfrontiert wurden. Notieren Sie diese Situationen und die damit verbundenen Vorurteile. Wie haben Sie darauf reagiert? Welche Strategien möchten Sie zukünftig anwenden, um mit solchen Vorurteilen umzugehen?

3.1.3 Kommunikationsmodelle

Kommunikationsmodelle bieten eine strukturierte Darstellung der verschiedenen Elemente und Phasen der Kommunikation. Sie helfen dabei, die Komplexität des Kommunikationsprozesses zu erklären. Durch die Verwendung von Modellen lässt sich besser verstehen, wie Nachrichten kodiert, übertragen, empfangen und entschlüsselt werden und welche Faktoren die Kommunikation beeinflussen.

5 Axiome der Kommunikation nach Watzlawick

Paul Watzlawick (Abb. 3.5) stellte insgesamt 5 Kommunikationsregeln auf, die **5 Axiome der Kommunikation**:

1. „Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso, wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick 2017, S. 58). Sobald 2 Menschen einander wahrnehmen, beginnt Kommunikation.

2. „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersten bestimmt“ (Watzlawick 2017, S. 61). In einem Gespräch geht es nicht ausschließlich um die Weitergabe von Informationen, sondern auch darum, wie die Person die Beziehung zu einer anderen, mit der sie redet, definiert (Abb. 3.6).

3. „Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung zugleich“ (Watzlawick 2017, S. 69). Die Kommunikation einer Person ruft bei ihrem Gegenüber eine Reaktion hervor und umgekehrt. Der Informationsaustausch wirkt sich auf das Gegenüber aus und ist Ursache seiner Reaktion.

► **Merke**

Kommunikation verläuft kreisförmig. Einen Startpunkt gibt es nicht.

4. „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten“ (Watzlawick 2017, S. 70). Der Begriff „digital“ meint hier gesprochene oder geschriebene Aussage ohne Interpretationsspielraum für das Gegenüber. Analoge Modalitäten hingegen lassen dem Gesprächspartner einen Interpretationsspielraum: Die Beobachtung der Körpersprache lässt Rückschlüsse zu, was die Person mitteilen möchte.

5. „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den



Abb. 3.5 Paul Watzlawick (1921–2007)



Abb. 3.6 Kommunikation bedeutet, eine Beziehung aufzubauen

Partnern auf Gleichgewicht oder Unterschiedlichkeiten beruht“ (Watzlawick 2017, S. 78). Symmetrische Kommunikation ist Kommunikation auf Augenhöhe. Das heißt, der Fokus derer, die am Gespräch teilnehmen, liegt auf den Gemeinsamkeiten. Bei der komplementären Kommunikation geht es um Unterschiedlichkeiten: Im Gespräch hat eine Person die übergeordnete Position inne, die andere Person ordnet sich unter.

► **Merke**

Kommunikation hängt auch von der Beziehung derer ab, die an dem Gespräch beteiligt sind. Die Beziehung ist beeinflusst von ihren Gedanken und Emotionen. Die Art der Kommunikation kann entweder symmetrisch oder komplementär sein und kann sich während des Gesprächs ändern.

Kathrins nonverbale Signale wie ihre Körperhaltung, Mimik und Gestik beeinflussen die Kommunikation mit Frau Hans, auch wenn sie nicht spricht. Durch ihre unterstützende und einfühlsame Art während der Körperpflege zeigt sie, dass sie nicht nur den reinen Pflegeaspekt, sondern auch die zwischenmenschliche Beziehung zu Frau Hans berücksichtigt.

Sammeln Sie Beispiele aus Ihrem Berufsalltag zu Watzlawicks Axiomen und vergleichen Sie die Antworten miteinander.

Vier-Seiten-Modell nach Schulz von Thun

Das **Vier-Seiten-Modell** (auch bekannt als **Vier-Ohren-Modell**) (Abb. 3.7) des Kommunikationspsychologen **Friedemann Schulz von Thun** beinhaltet die Vorstellung, dass eine Aussage oder Botschaft auf vier Ebenen gehört und interpretiert werden kann:

- Die **Sachebene** bezieht sich auf den reinen Inhalt der Aussage, die Fakten oder Informationen, die vermittelt werden.
- Auf der **Selbstoffenbarungsebene** drückt der Sprecher eigene Gedanken, Gefühle, Werte oder Meinungen aus.
- Die **Beziehungsebene** betrifft die Art und Weise, wie sich der Sprecher zur Zuhörerschaft verhält. Hier werden die Rollen, Erwartungen, Sympathie oder Antipathie, aber auch das Machtverhältnis zwischen den Kommunikationspartnern thematisiert.
- Auf der **Appellebene** äußert der Sprecher Wünsche, Erwartungen, Aufforderungen oder Befehle an den Zuhörer. Es geht darum, was der Sprecher vom Zuhörer fordert.

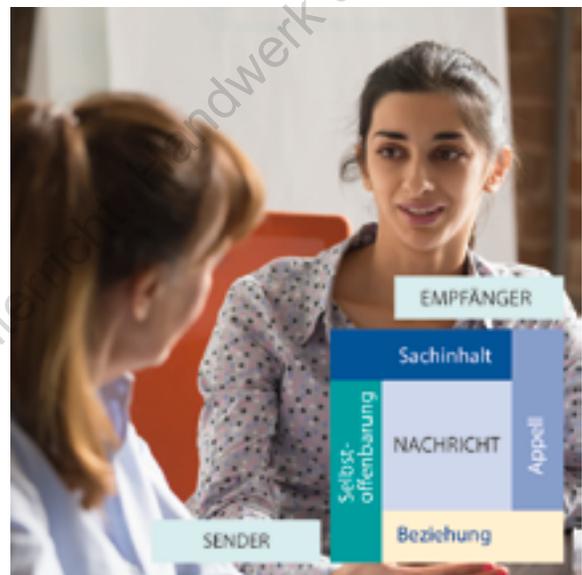


Abb. 3.7 Vier-Seiten-Modell von Friedemann Schulz von Thun

- Frau Hans sagt: „Ich habe Schmerzen.“ Frau Hans äußert eine körperliche Empfindung. Hier geht es um eine Sache oder ein Thema. Die Kommunikation findet auf der Sachebene statt.
- Frau Hans berichtet darüber hinaus: „Ich fühle mich unwohl, weil ich starke Schmerzen habe und gerne wissen würde, was die Ursache ist.“ Frau Hans offenbart etwas von sich. Sie kommuniziert auf der Ebene der Selbstoffenbarung, auf der es um Emotionen, Bedürfnisse oder Wünsche geht.
- Frau Hans äußert: „Ich habe das Gefühl, dass meine Schmerzen nicht ernst genommen werden.“ Mit dieser Aussage agiert Frau Hans auf der Beziehungsebene und drückt ihre Gefühle und Wahrnehmungen aus.

- Frau Hans bittet darum: „Bitte nehmen Sie meine Schmerzen ernst und helfen Sie mir, eine Lösung zu finden.“ Frau Hans appelliert, ihr zu helfen, ihre Schmerzen ernst zu nehmen und eine Lösung für ihre Situation zu finden.

Laut Schulz von Thun herrscht in der Kommunikation oft eine einseitige Betonung vor, die von den Persönlichkeiten derer abhängt, die an der Kommunikation beteiligt sind. Jeder Mensch bevorzugt ein „Ohr“, über das er Nachrichten empfängt und interpretiert (Röhner 2020).

► Merke

Stimmen Sender und Empfänger in ihrem Hörverhalten nicht überein, kommt es zu Missverständnissen, unabhängig von der Ebene, die beim Zuhören dominiert.

Transaktionsanalyse nach Berne

Die **Transaktionsanalyse** nach **Eric Berne** ist ein theoretisches Modell, das zur Analyse von Kommunikation und Verhalten dient. Sie zielt darauf ab, zu verstehen, wie Menschen interagieren und wie sie ihre Beziehungen beeinflussen. Es geht darum, die Ebenen der Kommunikation zu identifizieren und zu verstehen. Diese Ebenen werden „**Transaktionen**“ genannt; sie beziehen sich auf die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Menschen. Dazu wird das Verhalten einer Person in 3 Ich-Zustände eingeteilt (Abb. 3.8). Bei jeder Kommunikation und Handlung agiert die Person aus einem der Ich-Zustände heraus, der das „Wie“ eines Gesprächs beeinflusst (Büker 2022):

- Das **Eltern-Ich** ist geprägt von den Erfahrungen und Interaktionen mit Bezugspersonen in der Kindheit

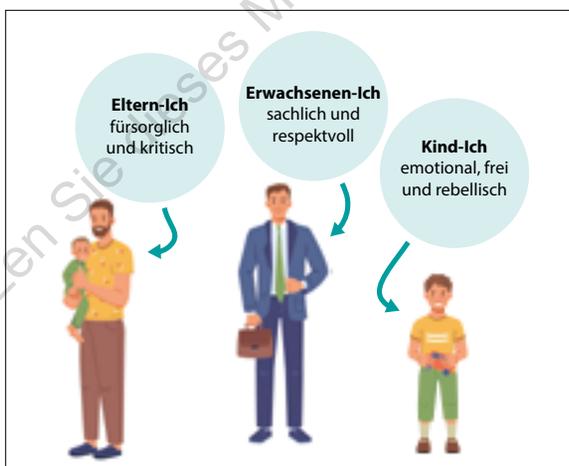


Abb. 3.8 3 Ich-Zustände nach Eric Berne

und neigt zu einer kritischen, anweisenden Kommunikationsweise, die auf Kontrolle und Verbesserung abzielt.

- Das **Erwachsenen-Ich** ist der Ich-Zustand, in dem eine sachliche, respektvolle Kommunikation und ein konstruktives Verhalten im Hier und Jetzt stattfindet.
- Das **Kind-Ich** kommuniziert aus Emotionen, Erfahrungen und Eindrücken heraus, die eine Person in der Kindheit gesammelt hat, z. B. spontan oder in einer angstbehafteten Situation.

Kathrin agiert aus ihrem Erwachsenen-Ich heraus, indem sie einfühlsam und respektvoll kommuniziert. Frau Hans hingegen handelt im Eltern-Ich, indem sie in einer anweisenden oder fürsorglichen Art und Weise um Hilfe bittet.

1. Welche Kommunikationsmodelle haben Sie kennengelernt? Inwiefern berücksichtigen Sie die Modelle in Ihrem pflegerischen Alltag? Nennen und erläutern Sie 3 Beispiele.
2. Nehmen Sie sich Zeit, um über Ihre Einstellungen gegenüber verschiedenen sozialen Gruppen nachzudenken, sei es hinsichtlich des Alters, des Geschlechts, der ethnischen Herkunft oder anderer Merkmale. Schreiben Sie Ihre Gedanken und Beobachtungen dazu auf. Betrachten Sie mögliche Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Beziehung und die Pflegequalität. Vergleichen Sie Ihre Erkenntnisse mit einem Partner und überlegen Sie gemeinsam, wie Sie diese Vorurteile überwinden können.

3.1.4 Kommunikationstechniken

Eine respektvolle und wirkungsvolle Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und zu Pflegenden wird durch den gezielten Einsatz von **Kommunikationstechniken** ermöglicht.

Aktives Zuhören

Aktives Zuhören bedeutet, dass man aufmerksam und bewusst zuhört, was eine Person sagt, um ihre Nachricht vollständig zu verstehen und besser mit ihr kommunizieren zu können (Abb. 3.9). Aktives Zuhören umfasst:

- Ablenkung vermeiden, nicht unterbrechen
- sich für das Gesagte interessieren
- das Gehörte zu wiederholen bzw. zusammenzufassen (paraphrasieren)
- Fragen zu stellen, um Unklarheiten zu beseitigen und Zusammenhänge besser zu verstehen

- nonverbale Elemente zu beachten wie Blickkontakt, Körperhaltung, Nicken, Mimik und passende Gestik
- das Gesagte validieren, also die Gültigkeit feststellen und bestätigen (CE11, 2.2.4; CE11, 2.1.3)



Abb. 3.9 Gutes Zuhören heißt, Blickkontakt zu halten und sich für das Gesagte zu interessieren

Als Kathrin schon fast zur Tür hinaus ist, beginnt Frau Hans von ihren Ängsten zu erzählen, die sie vor der Entlassung hat. Kathrin schließt die Tür wieder und kehrt zu Frau Hans zurück. „Frau Hans, ich bin hier, um Ihnen zuzuhören. Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen über Ihre Entlassung machen. Was beunruhigt Sie besonders?“ Frau Hans seufzt erleichtert auf und beginnt, über ihre Ängste zu sprechen. Sie teilt Kathrin mit, wie allein sie sich zu Hause fühlen werde und dass sie nicht wisse, wie sie mit den täglichen Herausforderungen zurechtkommen solle. Kathrin hört ihr aufmerksam zu, nickt ab und zu zustimmend und zeigt durch ihre Körpersprache, dass sie Frau Hans' Gefühle ernst nimmt. Kathrin nimmt Frau Hans' Ängste vor der Entlassung ernst und bedankt sich für das entgegengebrachte Vertrauen. Sie versichert Frau Hans, dass sie ihre Entlassung sorgfältig planen und sich um einen reibungslosen Übergang nach Hause kümmern werde. „Wir werden auch sicherstellen, dass Sie die Unterstützung und Hilfsmittel bekommen, die Sie benötigen, um zu Hause gut versorgt zu sein.“

Fragetechniken

Fragen sind ein wichtiger Teil der zwischenmenschlichen Kommunikation. Durch Nachfragen können Unklarheiten ausgeräumt, Missverständnisse vermieden und eine bessere Beziehung zum Gesprächspartner aufgebaut werden.

Es gibt bestimmte **Fragetechniken**, die eine gute Kommunikation ausmachen, z. B.:

- **offene Fragen:** Sie erfordern mehr als eine einfache Ja-/Nein-Antwort und ermutigen zu ausführlichen Antworten, z. B.: „Was denken Sie darüber?“
- **geschlossene Fragen:** Sie führen zu kurzen, gezielten Antworten und eignen sich für den Einstieg in ein Thema oder die Klärung von Fakten, z. B.: „Wie alt sind Sie?“
- **Reflexionsfragen:** Sie fordern die befragte Person auf, über ihre Gedanken und Gefühle nachzudenken, und eignen sich gut, um ein tieferes Verständnis für einen Sachverhalt zu erlangen, z. B.: „Wie fühlen Sie sich dabei?“
- **Unterscheidungsfragen:** Mit ihnen werden Details geklärt oder Klarheit in einen Sachverhalt gebracht, z. B.: „Können Sie das genauer erklären?“

Auch **Pausen** können für eine angenehme Gesprächsatmosphäre sorgen. Sie ermöglichen die Entwicklung von Lösungen und das Nachdenken über Gesagtes. Setzt man Pausen bewusst, sind sie für alle Gesprächsbeteiligten wohltuend und werden nicht als unangenehmes Schweigen interpretiert (Hammer 2020).

Notieren Sie sich 5 geschlossene und 5 offene Fragen zu einem Thema. Führen Sie nun ein Gespräch, in dem Sie ausschließlich geschlossene Fragen stellen. Wiederholen Sie das Gespräch mit offenen Fragen. Womit haben Sie sich wohler gefühlt?

Ich-Botschaften

Ich-Botschaften tragen dazu bei, präzise Aussagen zu machen, ohne das Gegenüber anzugreifen oder zu beschuldigen. Äußert eine Person Ich-Botschaften, beschreibt sie ihre Gedanken über eine Situation, die damit einhergehenden Gefühle und ihre Sicht, und schiebt die Schuld oder Verantwortung nicht auf andere. So gelingt eine offene Kommunikation, mit der sich Konflikte schneller und erfolgreicher lösen lassen.

Kathrin: „Ich mache mir Sorgen darüber, wie es mit Frau Hans weitergehen wird und welche Herausforderungen sich für ihre Tochter ergeben könnten.“

Du-, Wir- oder Man-Botschaften führen dagegen häufig dazu, dass sich das Gegenüber zurückzieht, da es sich herabgesetzt oder nicht angesprochen fühlt. Dies erschwert die Kommunikation.

Kathrin: „Du könntest dir darüber Gedanken machen, wie es mit Frau Hans weitergehen wird und welche Herausforderungen sich für ihre Tochter ergeben könnten.“

Gesprächsförderer und Gesprächshemmer

Einige kommunikative Handlungen und Techniken tragen zu einer erfolgreichen Gesprächsführung bei, sogenannte **Gesprächsförderer**. Andere wiederum hemmen ein Gespräch, sog. **Gesprächshemmer**.

Beispiele für **Gesprächsförderer** sind:

- **Positive Stimmung:** Eine freundliche Atmosphäre, begleitet von einer offenen Körperhaltung, Blickkontakt und einem Lächeln, schafft eine positive Grundlage für Gespräche (Abb. 3.10). Humor kann ebenfalls eine positive Einstellung fördern.
- **Ich-Botschaften**
- **Aktives Zuhören**
- **Offene Fragen**
- **Paraphrasieren und Verbalisieren:** Indem man dem Gesprächspartner Inhalte und Gefühle zurückmeldet, signalisiert man Verständnis und Empathie.
- **Metakommunikation:** Ermöglicht, Kommunikationsprobleme aus einer übergeordneten Perspektive zu erkennen und zu lösen.
- **Fach- und einfache Sprache:** Fachsprache erleichtert Gespräche innerhalb des professionellen Teams, während die Nutzung einfacher Sprache komplexe Sachverhalte verständlich macht, insbesondere für Nichtmuttersprachler oder Kinder.
- **Nonverbale Aufforderungsgesten:** Kleine Gesten, z. B. Nicken, Äußerungen wie „hm“, „ja“, „aha“ oder ein Lächeln ermutigen das Gegenüber zum Weitersprechen.



Abb. 3.10 Gespräche und Beziehungen lassen sich aktiv gestalten

Beispiele für **Gesprächshemmer** sind (Frie 2022):

- **negative Stimmung:** Eine geschlossene Körperhaltung, Ungeduld und mangelnder Blickkontakt können die Kommunikation erschweren.
- **Du-, Wir- und Man-Botschaften**
- **Monologe:** Sie entstehen, wenn nur ein Gesprächspartner redet und seinem Gegenüber keinen Raum

für Rückmeldungen oder Anmerkungen lässt. Ein wirkliches Gespräch kommt nicht zustande.

- **Nebenbeschäftigungen:** Zusätzliche Aktivitäten eines Gesprächspartners während des Gesprächs können die Aufmerksamkeit vom Gespräch weglenken (Abb. 3.11).
- **Unterbrechungen:** Wenn der Gesprächspartner die sprechende Person verbal oder nonverbal, z. B. durch Kopfschütteln, unterbricht, kann dies den Gesprächsfluss stören und im schlimmsten Fall dazu führen, dass der Gesprächspartner überhaupt nichts mehr sagt.
- **Geschlossene Fragen und Suggestivfragen:** Geschlossene Fragen behindern die Entwicklung von Ideen und Vorschlägen. Suggestivfragen, z. B. „Sie fühlen sich doch sicher besser, nachdem die Pflege durchgeführt wurde, oder?“ enthalten bereits die Antworten in der Fragestellung und lenken das Gespräch.
- **Bewertungen:** Das vorschnelle Be- oder Abwerten von Gedanken oder Vorschlägen eines Gesprächspartners ist verletzend und stört den Gesprächsverlauf.
- **Fachsprache:** Sie erschwert Personen ohne Fachwissen das Verstehen und somit die Kommunikation.



Abb. 3.11 Diese Handlung stört das Gespräch

1. Nennen Sie Gründe dafür, warum manche Gespräche konfliktfrei verlaufen und Sie mit Ihrem Gegenüber erfolgreich kommunizieren können, während andere Gespräche holprig verlaufen und Sie offenkundig zu Ihrem Gegenüber nicht durchdringen.
2. Erstellen Sie in Kleingruppen eine Präsentation zum Thema „Die Kunst der Gesprächsführung – wer fragt, der führt“. Beschreiben Sie sowohl theoretische Aspekte als auch Anwendungen. Dauer der Präsentation: höchstens 15 Minuten.
3. Suchen Sie im Internet ein Bild, über das Sie etwas erzählen können. Bilden Sie nun 3er-Gruppen. Person 1 zeigt das Bild Person 2 und 3 – wortlos. Person 2 sammelt innerhalb

von 2 Min. Informationen über das Bild von Person 1. Dazu nutzt sie geschlossene Fragen. Person 1 beantwortet diese nur mit „Ja“ oder „Nein“. Anschließend sammelt Person 3 2 Min. lang Informationen über das Bild mit offenen Fragen. Was fällt Ihnen auf? Mit welchem Fragentyp erfuhren Sie mehr über das Bild? Welches Gespräch war angenehmer?

4. Benennen Sie Personengruppen, denen Sie vorurteilsfrei zuhören können. Bei welchen Personen fällt es Ihnen schwer? Begründen Sie.

3.1.5 Einflussfaktoren auf die Kommunikation

Die Kommunikation wird von verschiedenen **Faktoren** beeinflusst. Am häufigsten sind:

- **kulturelle Unterschiede:** Nicht nur Sprachen unterscheiden sich von Kultur zu Kultur, auch der Kommunikationsstil, nonverbale Komponenten wie Gestik, Körpersprache sowie Wertvorstellungen und Normen beeinflussen die Art und Weise, wie Menschen kommunizieren. Bei verschiedenen kulturellen Hintergründen kann es zu Missverständnissen kommen, da die übermittelten Informationen unterschiedlich interpretiert werden.
- **soziale Faktoren:** Sozialer Status, soziale Rolle, Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht und Alter der Kommunikationspartner beeinflussen, wie sie miteinander interagieren und kommunizieren. Unterschiedliche soziale Positionen können zu Machtdynamiken führen, die die Kommunikation beeinflussen.
- **Emotionen und Gefühle (CE3, 2.2.1):** Sie beeinflussen die Kommunikation stark. Die Stimmung einer Person kann ihre Art zu kommunizieren verändern. Gefühle wie Freude, Trauer, Angst oder Wut wirken sich darauf aus, wie jemand seine Gedanken ausdrückt und interpretiert.
- **Umgebung und Kontext:** Der Ort und der formelle oder informelle Charakter der Situation beeinflussen die Kommunikation. Unterschiedliche Kontexte erfordern unterschiedliche Kommunikationsstile und -normen.
- **Persönlichkeit und Individualität:** Jeder Mensch hat eigene Kommunikationsvorlieben, -stile und -muster. Unterschiede in Persönlichkeit, Temperament und Kommunikationskompetenz zeigen sich auch in der Kommunikation.
- **Technologie:** Smartphone, E-Mail, soziale Medien und Videokonferenzen haben in den letzten beiden Jahrzehnten die zwischenmenschliche Kommunika-

tion erheblich verändert, indem sie Kommunikationsmöglichkeiten sowie die Geschwindigkeit des Informationsaustauschs erhöhten.

► Merke

Die Einflussfaktoren variieren je nach Kontext und Situation. Sich ihrer bewusst zu sein, ist für die Entwicklung einer effektiven und angemessenen Kommunikationsstrategie wichtig.

3.2 Ersten Kontakt herstellen und eine Pflegebeziehung aufbauen

Um einen **positiven ersten Kontakt** herzustellen, der die Grundlage für eine erfolgreiche Pflegebeziehung legt, ist es unerlässlich, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der sich die zu pflegende Person wohl und respektiert fühlt. Dies umfasst nicht nur ein freundliches Lächeln und eine ruhige, einfühlsame Körperhaltung seitens der Pflegefachperson, sondern auch die Wahrung der Privatsphäre der zu Pflegenden (CE1, 2.3.4). Durch die Einhaltung dieser Grundsätze fühlt sich die zu pflegende Person willkommen und gut betreut, was eine solide Basis für eine vertrauensvolle Beziehung schafft.

3.2.1 Erstkontakt herstellen

Der erste Eindruck zählt: Wie eine Pflegefachperson gegenüber einer zu pflegenden Person auftritt, kann großen Einfluss auf die spätere Pflegebeziehung haben. Eine freundliche, geduldige, einfühlsame und respektvolle Pflegefachperson (Abb. 3.12) baut eher eine positive Beziehung auf und fördert eine effektive Kommunikation als eine unfreundliche, ungeduldige und kurz angebundene.

Eine gepflegte körperliche Erscheinung schafft Vertrauen und gewährleistet die Sicherheit der zu pflegenden Personen, insbesondere im Hinblick auf Hygiene und Sauberkeit. Dies gilt für das ordnungsgemäße Tragen der Dienstkleidung, aber auch für die persönliche Hygiene und das Erscheinungsbild.

Eine Pflegefachperson verhält sich **respektvoll** und **empathisch** gegenüber den zu Pflegenden. Die Pflegefachperson bemüht sich, die Bedürfnisse und Wünsche der zu pflegenden Person zu verstehen und deren kulturellen, sozialen und religiösen Hintergrund zu respektieren.



Abb. 3.12 Der erste Eindruck zählt

Kathrin verhält sich einfühlsam und zugewandt, um die Ängste und Unsicherheiten von Frau Hans zu reduzieren. Zudem gibt Kathrin klare Informationen über den Pflegeprozess weiter und bezieht Frau Hans in Entscheidungsprozesse ein.

Effektive Kommunikation ist die Basis einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachperson, zu Pflegenden und Angehörigen. Mittels guter Kommunikation versteht die Pflegefachperson die Bedürfnisse und Wünsche der zu Pflegenden und geht auf sie ein. Sie informiert über die Pflegemaßnahmen und stellt sicher, dass die zu pflegende Person und ggf. ihre Angehörigen gut informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen sind.

3.2.2 Eine Pflegebeziehung aufbauen

Nach dem erfolgreichen ersten Kontakt spielen weitere Faktoren eine Rolle, um eine effektive Pflegebeziehung aufzubauen. Dazu zählen u. a. das persönliche Auftreten der Pflegefachperson, ihre innere Haltung sowie ihre Fähigkeit zur **Empathie** und **emotionalen Intelligenz**.

Empathie und emotionale Intelligenz

Empathie ist die Fähigkeit, sich in die Lage anderer einzufühlen und mitfühlend zu reagieren, ohne dabei mitzuleiden (Sachse 2021). Die Fähigkeit, eigene und

fremde Gefühle und Emotionen (CE3, 2.2.1) wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und zu steuern, wird als **emotionale Intelligenz** bezeichnet (Eilert 2013). Je größer die **Empathiefähigkeit** eines Menschen ist, desto schneller erkennt er Gefühle und Emotionen bei seinen Mitmenschen. Für eine hohe emotionale Intelligenz ist neben Empathie und kommunikativen Kompetenzen auch der ressourcenvolle Umgang mit eigenen Gefühlen und Emotionen Voraussetzung. Es umfasst Strategien wie Selbstreflexion, Selbstregulation und die Fähigkeit, mit Emotionen auf konstruktive Weise umzugehen. Ein solcher Umgang ermöglicht es, Emotionen produktiv zu nutzen, anstatt von ihnen überwältigt zu werden.

► Merke

Durch die bewusste Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen und Emotionen und regelmäßiges Training können Menschen ihre emotionale Intelligenz verbessern und weiterentwickeln. Regelmäßiges Achtsamkeitstraining kann z. B. helfen, das Bewusstsein für eigene Emotionen zu stärken.

Pflegebeziehung

Eine **Pflegebeziehung** ist eine spezielle Art der zwischenmenschlichen Beziehung. Sie besteht zwischen einer Pflegeperson und einem pflegebedürftigen Menschen. Die Beziehung zur pflegebedürftigen Person ist die Basis pflegerischen Handelns. Sie basiert auf dem Bedürfnis der zu pflegenden Person nach Unterstützung, Betreuung und Pflege sowie der Verantwortung der Pflegeperson, diese Bedürfnisse zu erfüllen. In einer Pflegebeziehung geht es nicht nur um die rein körperliche Pflege, sondern um emotionale Unterstützung, soziale Interaktion und die Erfüllung individueller Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person. Eine kontinuierliche Pflegebeziehung kann für die pflegebedürftige Person eine Quelle der Sicherheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität sein.

► Merke

Eine gute Pflegebeziehung zeichnet sich durch Vertrauen, Respekt, Empathie und gute Kommunikation aus. Dank ihrer professionellen Grundhaltung gelingt es der Pflegefachperson, einfühlsam auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person einzugehen und deren Eigenständigkeit und Würde zu respektieren.

Zu den Merkmalen einer professionellen Pflegebeziehung gehören **Transparenz**, **Verlässlichkeit** und **Discretion**. Transparenz bedeutet, dass die Pflegefachperson offen und ehrlich mit der pflegebedürftigen Person und deren Angehörigen kommuniziert. Sie informiert

über den Pflegeprozess (CE1, 5.1.2), die Behandlungsmaßnahmen und Veränderungen im Gesundheitszustand und baut durch eine klare, verständliche Kommunikation Vertrauen auf. Die pflegebedürftige Person fühlt sich informiert und eingebunden.

Die Pflegefachperson beweist außerdem **Verlässlichkeit**: Sie hält Vereinbarungen ein, kommt pünktlich zu Terminen und erfüllt ihre Aufgaben zuverlässig. Dies gibt der pflegebedürftigen Person das Gefühl der Sicherheit. Zudem respektiert die Pflegefachperson die Privatsphäre und die Vertraulichkeit der Informationen, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit erhält – sie unterstellt ihr Handeln also der **Diskretion**. Dies stärkt das Vertrauen zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson und gewährleistet die Wahrung der Privatsphäre.

Handelt und kommuniziert die Pflegefachperson transparent, verlässlich und diskret, trägt sie dazu bei, dass sich die pflegebedürftige Person gut aufgehoben fühlt, ihre Bedürfnisse ernst genommen sieht und in ihrer Würde respektiert fühlt. Eine hochwertige Pflegebeziehung fördert das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person und trägt zu einer positiven Pflegeerfahrung bei (CE3, 3.3.2).

► Merke

Pflegefachpersonen haben die berufliche Aufgabe zur Aufklärung, Anleitung, Information, Motivation und Begleitung zu Pflegenden durch verbale und nonverbale Kommunikation (Mantz 2019).

Die professionelle Haltung einer Pflegefachperson im Kontakt mit zu Pflegenden ist verbunden mit ihrer inneren Einstellung bzw. Haltung. Diese spiegelt sich in der Art ihrer Kommunikation wider und beeinflusst ihr Verhalten gegenüber anderen: die Art, wie sie zuhört, spricht und auf die Bedürfnisse und Gefühle des Gegenübers eingeht.

Die folgenden Grundhaltungen von Carl Rogers und Marshall Rosenberg helfen der Pflegefachperson, eine vertrauensvolle Beziehung zu den zu Pflegenden aufzubauen. Zu Pflegenden ermöglicht es, offen über ihre Probleme und Gefühle zu kommunizieren.

Personenzentrierte Grundhaltung nach Rogers

In den 1940er-Jahren formulierte **Carl Rogers** 3 Beziehungsaspekte, die sich als Grundlage einer guten, tragfähigen Beziehung etablierten:

- **Echtheit** (Kongruenz)
- **Wertschätzung** (Akzeptanz)
- **Empathie** (CE1, 3.3.1)

Rogers' Ansatz fokussiert die Bedürfnisse und Emotionen einer Person. Für die Pflege heißt das: Pflegefachpersonen bauen eine Beziehung zu Pflegebedürftigen auf, die auf **Offenheit, Empathie** und **Verständnis** basiert (Abb. 3.13).

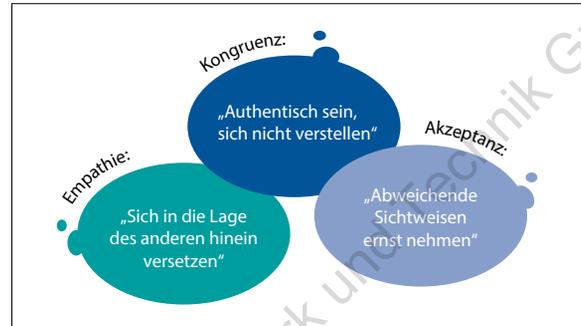


Abb. 3.13 Die innere Grundhaltung im Gespräch nach Rogers

In einer positiven Beziehung ermutigt die Pflegefachperson den zu pflegenden Menschen, seine Gedanken und Gefühle auszudrücken, damit sie diese besser in den Pflegeprozess einbinden kann. Die Annahme lautet: Je **authentischer** die Pflegefachperson ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich die zu pflegende Person öffnet, vertrauensvoll einlässt und konstruktiv am Pflegeprozess mitwirkt.

Im Zentrum einer **person(en)zentrierten Grundhaltung** bei der Kommunikation zwischen Pflegefachperson und zu pflegender Person steht die bedingungs-freie **Wertschätzung** der zu pflegenden Person. Bereits das Interesse am Gegenüber zeugt von Wertschätzung.

Zugewandtheit bedeutet, für das Gegenüber da zu sein, ohne jedoch alles gutzuheißen. Es ist wichtig, dass die Pflegefachperson ihre Meinung vertreten kann, aber dabei auf eine zugewandte und wertschätzende Weise kommuniziert. Diese Haltung wird auch von der zu pflegenden Person erwartet.

► Merke

Sich jemandem auf positive Weise zuzuwenden bedeutet, mit innerer **Offenheit** auf einen Menschen zuzugehen, um zu verstehen, wie er sich selbst sieht.

Nach Rogers fördert **Empathie** das emotionale Wohlbefinden in einem Gespräch (Stöcker 2016). Pflegefachpersonen müssen empathisch sein. Nur so können sie die Gefühle der zu pflegenden Person erkennen. Je empathischer ein Mensch ist, desto schneller erkennt er die Gefühle, die Aufschluss über die Bedürfnisse einer Person geben (Jelinek 2015).

► **Merke**

Indem die Pflegefachperson empathisch auf die zu pflegende Person eingeht, kann sie diese emotional unterstützen und auf ihre Bedürfnisse eingehen.

Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg

Marshall Rosenberg entwickelte die **Gewaltfreie Kommunikation (GFK)** und erforschte, inwieweit Sprache zu Gewalt beiträgt. Als Schüler von Carl Rogers ließ er sich von der personenzentrierten Grundhaltung inspirieren. Die GFK ist ein von Rosenberg konzipierter Kommunikations- und Konfliktlösungsansatz, der stark von humanistischen Prinzipien geprägt ist.

Achtsamkeit, Empathie und **Gewaltlosigkeit** stehen im Zentrum der Grundhaltung. Sie zielt darauf ab, Konflikte zu lösen, Beziehungen zu verbessern und eine wertschätzende und respektvolle Kommunikation zu fördern.

Dabei berücksichtigt die GFK nicht nur die Intention des Senders, sondern auch die Reaktion des Empfängers. Die beteiligten Personen tauschen sich respektvoll über Bedürfnisse und Gefühle aus. Sie verletzen einander nicht, beurteilen und verurteilen sich nicht. Die GFK fördert das Verständnis, die Empathie und die Suche nach gemeinsamen Lösungen.

Die **4 Schritte der GFK nach Rosenberg** sind (Rosenberg 2016):

- 1. Beobachtungen äußern:** Beobachtungen werden so konkret wie möglich, wertfrei und ohne Interpretation beschrieben: „Ich sehe ...“
- 2. Gefühle verbalisieren:** Die durch die Beobachtungen ausgelösten Gefühle ansprechen: „und fühle ...“
- 3. Bedürfnisse aussprechen:** Das Bedürfnis, das hinter dem Gefühl steht und häufig durch das Gefühl überdeckt wird, ansprechen: „weil ich das Bedürfnis nach ... habe.“
- 4. Bitte formulieren:** In positiver Formulierung Bitte oder Wunsch formulieren, um das Bedürfnis erfüllt zu bekommen: „und bitte Dich ...“

Die GFK wird auch als **Giraffensprache** bezeichnet. Die Giraffe steht dabei für Empathie und Wertschätzung. Der Wolf als Gegenspieler steht für gewaltvolle Kommunikation, die **Wolfsprache** (Abb. 3.14).

► **Tipp**

Rosenberg, M. (2019): Empathisch kommunizieren. Ein kleiner GFK-Leitfaden mit vielen praktischen Übungen. Paderborn: Junfermann.

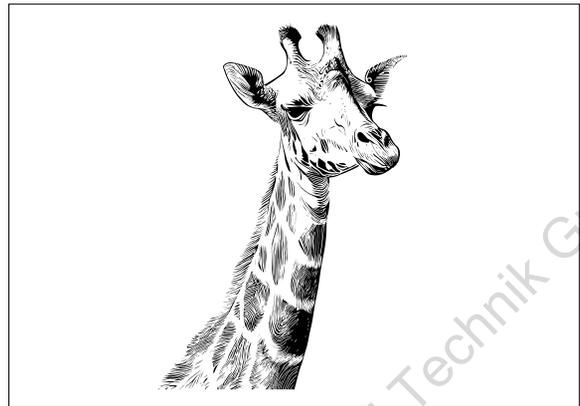


Abb. 3.14 Giraffensprache versus Wolfsprache

Im Verlauf der pflegerischen Versorgung äußert sich Frau Hans ungehalten über ihre Bett Nachbarin Frau Georg. Frau Hans beklagt sich, dass Frau Georg nachts oft laut sei, den Fernseher laut einstelle und ihre Privatsphäre nicht respektiere. Frau Hans ist sichtlich frustriert und betont, wie wichtig Ruhe für ihren Genesungsprozess sei. Um die Situation zu deeskalieren und nach Lösungen zu suchen, wendet Kathrin die Prinzipien der Gewaltfreien Kommunikation an. Kathrin erkennt, dass Frau Hans durch das Verhalten ihrer Bett Nachbarin gestört wird, und geht die Situation einfühlsam an: „Frau Hans, ich sehe und verstehe, dass Sie sich durch das laute Verhalten Ihrer Bett Nachbarin gestört fühlen. Es ist wichtig, dass Sie sich hier wohl und ungestört fühlen.“ Anstatt Vorwürfe zu machen oder sich über das Verhalten von Frau Georg auszulassen, ermutigt Kathrin Frau Hans, ihre Sorgen auszudrücken, und arbeitet gemeinsam mit ihr daran, eine zufriedenstellende Lösung zu finden, die wieder zu einem harmonischen Miteinander im Patientenzimmer führt. Sie bitten Frau Georg, den Fernseher leiser zu stellen.

Lösungsorientierte Haltung

Auch eine **lösungsorientierte Haltung** fördert die offene und ehrliche Kommunikation. Ihr Fokus liegt auf der gemeinsamen Lösungsfindung bei Konflikten, ihr Ziel sind positive Veränderungen. Die Beteiligten gehen Herausforderungen und Probleme an, indem sie sich auf Lösungen und Möglichkeiten statt auf die Identifizierung von Problemen fokussieren.

► Merke

Alle 3 Haltungen fördern eine empathische, respektvolle und auf die individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden ausgerichtete Kommunikation. Im Kontakt ermöglichen sie es der Pflegefachperson, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, die auf Wertschätzung und Verständnis basiert. Jede dieser Haltungen trägt dazu bei, die Bedürfnisse und Anliegen der zu Pflegenden besser zu verstehen und eine positive Basis für die weitere Pflegebeziehung zu schaffen.

1. Führen Sie ein Rollenspiel durch, in dem Sie die Pflegefachperson spielen, und stellen Sie den ersten Kontakt zu einer zu pflegenden Person her. Die Person kann jedes Alter haben. Stellen Sie sich vor und erkundigen Sie sich bei Ihrem Gegenüber nach dessen Befinden; zeigen Sie dabei Interesse und Mitgefühl. Signalisieren Sie, dass Sie zuhören, und ermutigen Sie die Person, über ihre Symptome, Sorgen und Bedenken zu sprechen. Versuchen Sie, angemessen auf deren Gefühle zu reagieren; bieten Sie ggf. Ihre Unterstützung an. Konzentrieren Sie sich darauf, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und die zu pflegende Person bestmöglich zu betreuen.
2. Formulieren Sie mindestens 3 Ziele, die darauf abzielen, Ihre Kommunikationsfähigkeiten zu stärken. Beschreiben Sie, welche konkreten Schritte Sie unternehmen werden, um diese Ziele zu erreichen.
3. Demonstrieren Sie die 4 Schritte der gewaltfreien Kommunikation, basierend auf dem Fallbeispiel zwischen Frau Hans und Frau Georg, und versuchen Sie dabei, respektvoll auf die Bedürfnisse beider Personen einzugehen und eine harmonische Lösung zu finden.
4. Sammeln Sie 5 Stichworte, die verdeutlichen, wie sich die professionelle Beziehung zwischen Pflegefachperson und zu pflegender Person von einer Freundschaft unterscheidet.
5. Eine zu pflegende Person fragt Sie nach Ihrer Telefonnummer. Erläutern Sie, wie Sie damit

umgehen. Finden Sie weitere Beispiele für kritikwürdige Fragen, und tauschen Sie sich untereinander aus.

6. Spielen Gespräche und Kommunikation bei Ihren beruflichen Anforderungen eine große Rolle? Begründen Sie Ihre Aussage und diskutieren Sie diese in der Kleingruppe.
7. Erläutern Sie, wie Sie für eine gute Gesprächsatmosphäre sorgen können. Woran erkennen Sie eine gute Beziehung?
8. Überlegen Sie: Was macht es schwer, Gefühle wahrzunehmen und zu äußern?
9. Wie können Sie Ihre Bedürfnisse und Gefühle in einer Konversation klar und respektvoll ausdrücken?

3.3 In verschiedenen (Pflege-) Settings interagieren

3.3.1 Mit pflegebedürftigen Menschen interagieren

Im Umgang mit zu Pflegenden respektieren Pflegefachpersonen deren **Autonomie**, also ihr **Selbstbestimmungsrecht** (CE1, 3.5.2), und ermöglichen es, dass die zu Pflegenden eigene Entscheidungen treffen können, soweit es ihre Fähigkeiten zulassen. Dabei beachten die Pflegefachpersonen die Grundprinzipien der Ethik und Pflegeethik (CE1, 3.5.3) und wählen eine bedürfnis- und beteiligungsorientierte Gesprächsführung. Bei Menschen mit Behinderung und/oder kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigen sie z. B. deren individuelle Bedürfnisse, nutzen ggf. Kommunikationshilfen und sind offen für alternative Kommunikationsmethoden und Wege der Verständigung. Damit stellen sie sicher, dass die pflegebedürftige Person ihre Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken und dem Gespräch folgen kann.

Für die Interaktion zwischen Pflegefachperson und zu pflegender Person ist es wichtig, die Einzigartigkeit der Beteiligten anzuerkennen und eine respektvolle und unterstützende Umgebung zu schaffen.

► Merke

Die Kommunikation mit psychisch erkrankten Menschen erfordert ein besonderes Verständnis und ein einfühlsames Herangehen (CE11, 1.6.2).

► Tipp

Pflegefachpersonen kommunizieren empathisch. Dazu setzen sie ihre Stimme bewusst ein und achten auf Lautstärke, Tonlage und Betonung. Sie

- sprechen in einem angemessenen Tempo und stellen sicher, dass die zu Pflegenden sie verstehen,
- vermeiden eine zu laute oder monotone Stimme,
- verwenden eine freundliche, ruhige Tonlage, um Fürsorge zu signalisieren,
- hören aufmerksam zu und signalisieren Interesse an den Bedürfnissen der zu Pflegenden, indem sie Fragen stellen und auf Antworten eingehen,
- passen ihr Sprachniveau an das Alter und den Entwicklungsstand der zu Pflegenden an,
- verwenden bei Kindern eine spielerische Sprache mit Bildern oder Metaphern, die Neugierde und das Interesse wecken,
- wählen eine sanftere Tonlage bei ängstlichen Personen und passen ihre Stimme an die individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden an.

3.3.2 Mit Säuglingen und Kindern interagieren

Sensibilität, Geduld und Verständnis sind entscheidend in der Interaktion mit Säuglingen und Kleinkindern. Da nonverbale Kommunikation wie Körperhaltung und Schreien wichtige Hinweise auf spezifische Pflegebedürfnisse sind (CE10, 1.1.3), ist es essenziell, dass Pflegefachpersonen über deren physische und emotionale Entwicklung Bescheid wissen (CE10, 2.2.1).

► Merke

Die Pflegefachperson achtet bei Säuglingen und Kindern insbesondere auf Anzeichen für Hunger, Müdigkeit, Unbehagen oder Schmerz.



Abb. 3.15 Informationen erfolgen in angemessener Art sowie dem Alter und ihrem Verständnis entsprechend

Kinder erleben die ungewohnte Umgebung im Krankenhaus häufig als beängstigend. Um deren Vertrauen und Wohlbefinden zu fördern, nutzen Pflegefachpersonen eine klare, altersgerechte Sprache. Spielzeug und Bilder können Ängste mindern, außerdem machen sie komplexe Informationen verständlicher. Hierbei sind auch Einfühlungsvermögen und Geduld vonnöten (Abb. 3.15).

Da Eltern und Bezugspersonen in der Regel eine enge Bindung zu ihrem Kind haben, beziehen Pflegefachpersonen sie in den Pflegeprozess ein. Somit werden sie zu wichtigen Unterstützern ihres Kindes während des Klinikaufenthalts.

3.3.3 Mit Bezugspersonen interagieren

In der Pflege spielen **Bezugspersonen** eine wichtige Rolle. Sie werden auch als **Angehörige**, Zugehörige, Verwandte oder mit ähnlichen Begriffen bezeichnet. Während für diese Begriffe für rechtliche Belange definiert sind, werden einem modernen Pflegeverständnis nach solche Personen als Angehörige gesehen, die der zu pflegenden Person nahestehen. Bei Kindern und Jugendlichen sind dies in der Regel die Eltern. Bei Erwachsenen gelten Partner – unabhängig von einem Ehestatus – sowie Kinder, Freunde und andere nahestehende Personen als Angehörige. Sie können wertvolle Informationen über den zu pflegenden Menschen liefern, ihn unterstützen und bei Bedarf Entscheidungen mit oder für ihn treffen. Voraussetzung ist, dass die zu pflegende Person einverstanden ist oder die Angehörigen rechtlich dazu befugt sind, z. B. bei Eltern minderjähriger Kinder.

► Merke

Bei Entscheidungen, die das Leben oder Vermögen betreffen, z. B. lebenserhaltende Maßnahmen, ist ein durch Gesetz oder Vertrag geregeltes Verhältnis notwendig.

Kathrins Bereitschaft, sich Zeit zu nehmen und zuzuhören, trägt dazu bei, eine unterstützende Beziehung aufzubauen und Frau Friedrich sowie deren Mutter während des Übergangs von der stationären Behandlung zur häuslichen Pflege zu stärken. Das Gespräch bietet Raum für Ängste und Sorgen der beiden Frauen über die bevorstehende Zeit. Kathrin vermittelt den Kontakt zur Sozialarbeiterin, was Frau Friedrich sehr entlastet.

Bezugspersonen erleben eine Vielzahl von Gefühlen: Angst, Sorge, Trauer, Frustration. Darauf sollte immer einfühlsam und empathisch reagiert werden, indem



Abb. 3.16 Bezugspersonen sind wichtige Begleiter

ihnen ggf. Hilfe und Unterstützung angeboten werden (Abb. 3.16). Im Idealfall werden Bezugspersonen im Sinne eines guten Entlassungsmanagements (CE5, 1.18.2) über den Krankenhausaufenthalt hinaus betreut, denn das erleichtert den Übergang von der stationären Behandlung zur häuslichen Pflege. Sinnvoll ist eine kontinuierliche Unterstützung.

► Tipp

Ohne eine Einverständniserklärung der zu pflegenden Person dürfen keine Informationen an Bezugspersonen weitergegeben werden (CE1, 1.1.5).

1. Führen Sie praktische Übungen zur kindgerechten Kommunikation durch.
2. Diskutieren Sie verschiedene Herausforderungen, die bei der Kommunikation mit Bezugspersonen auftreten können und erarbeiten Sie gemeinsam dazu Lösungsansätze.

3.4 Im Team interagieren

Die Versorgung der zu Pflegenden muss im Team optimal abgestimmt sein (CE1, 2.1.3), deshalb ist auf eine effektive Kommunikation zu achten, die eine bestmögliche Behandlung gewährleistet.

Eine klare und effektive Kommunikation im Team sichert eine koordinierte und hochwertige Pflege. Eine unzureichende Kommunikation führt zu Missverständnissen, Konflikten und Fehlern. Sie wirkt sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus.

► Tipp

Techniken, die eine **effektive Kommunikation** gewährleisten:

- **Klarheit und Präzision:** Die Pflegefachperson formuliert eindeutig und setzt Fachbegriffe gezielt ein, damit das Team ihre Informationen und Fragen gut versteht.
- **relevante Informationen:** Die Pflegefachperson sammelt alle benötigten Informationen über den Zustand der zu Pflegenden (Sozialanamnese, Krankengeschichte, Medikamente, Veränderungen im Gesundheitszustand etc.) und stellt diese übersichtlich, verständlich und leicht auffindbar zur Verfügung.
- **aktives Zuhören (CE1, 3.1.4):** Die Pflegefachperson hört dem Team und den Vorgesetzten aufmerksam zu und stellt sicher, dass sie alle wichtigen Informationen erfasst. Ist etwas unklar, fragt sie nach und bittet um Klarstellung.
- **Höflichkeit und Respekt:** Die Pflegefachperson behandelt die anderen Mitarbeitenden stets höflich und respektvoll. Sie verhindert nach Möglichkeit Unterbrechungen bei der Kommunikation und hält sich an den vereinbarten Kommunikationskanal (persönlich, telefonisch, E-Mail). Dies fördert die positive Arbeitsatmosphäre.
- **klare Rückmeldung:** Die Pflegefachperson kommuniziert dem Team klar und präzise den Gesundheitszustand und die Bedürfnisse der zu Pflegenden, um sicherzustellen, dass alle Teammitglieder informiert sind.
- **Dokumentation:** Die Pflegefachperson dokumentiert Informationen, Anweisungen und Entscheidungen sorgfältig und vollständig. Dies ermöglicht dem Team, den Pflegeprozess nachzuvollziehen.

3.4.1 Feedback in der Pflegepraxis

Feedback (Rückmeldung) besteht aus 2 Komponenten: Feedback geben und Feedback nehmen. Ziele des Feedbacks sind, dass eine Person (Braunschweiger 2022):

- sich ihres Verhaltens bewusst wird
- einzuschätzen lernt, wie ihr Verhalten auf andere wirkt
- erkennt, was sie bei anderen auslöst

Im **Feedbackgespräch** geht es um die Leistung und den Fortschritt einer Pflegefachperson und die Identifikation von Verbesserungspotenzialen (Abb. 3.17). Das Gespräch dient zum einen der Weiterentwicklung individueller Fähigkeiten und trägt zum anderen zur Qualitätssicherung in der Pflege bei. Die Feedbacknehmer erfahren, wie andere sie sehen, die Feedbackgeber sagen, wie sie andere sehen (CE3, 1.2.1).



Abb. 3.17 Persönliche Feedback-Gespräche sollten unter 4 Augen stattfinden

► Merke

Nicht jede Person kann mit Hinweisen auf Fehler und mit Korrekturvorschlägen umgehen. Feedback kann Angst oder Scham auslösen oder wehtun. Daher sind bei einem Feedbackgespräch Wertschätzung, Vertrauen und Vertraulichkeit zu gewährleisten.

Feedbackregeln

Die Feedback gebende Person

- bereitet ihr Feedback sorgfältig und mit ausreichend viel Zeit vor,
- vergewissert sich der Bereitschaft ihres Gegenübers, Feedback zu empfangen; bestenfalls wird sie um Feedback gebeten,
- kommuniziert ihr Feedback zeitnah – je länger eine Situation zurückreicht, desto weniger erinnern sich die Beteiligten,
- formuliert Ich-Botschaften (CE1, 3.1.4),
- bleibt sachlich richtig, beschreibt ohne Wertung und vermeidet Interpretationen,
- kommuniziert klar, genau und fallbezogen, damit ihr Feedback überprüfbar ist,
- nennt auch positive Aspekte, sodass ihr Gegenüber offen für das Feedback bleibt.

► Tipp

Laut der **Sandwichtheorie** empfiehlt es sich, negative Kritik zwischen 2 positiven Anmerkungen anzubringen.

Ein **destruktives Feedback** beeinträchtigt das Selbstwertgefühl des Gegenübers. Dazu gehören Du-Botschaften (CE1, 3.1.4), die zu vermeiden sind:

- Urteilen, Kritisieren, Beschuldigen: „Du hast kein Recht, das zu sagen.“

- Beschimpfen, Beschämen, Verhöhnern: „Schäm dich für das, was du getan hast.“
- Interpretieren, Diagnostizieren: „Du willst ja nur Aufmerksamkeit.“
- Belehren, Anleiten: „Das macht man so nicht!“
- Drohen, Ermahnen: „Du wirst schon sehen, was du davon hast.“
- Befehlen, Kommandieren: „Hör sofort damit auf!“

Auch die Person, an die das Feedback gerichtet ist, hat bestimmte Regeln zu beachten, damit sie daraus den größtmöglichen Nutzen für ihre persönliche Entwicklung ziehen kann. Sie

- hört aufmerksam zu, wenn ihr Gegenüber ein Feedback gibt.
- zeigt eine offene Haltung, rechtfertigt oder verteidigt sich nicht.
- stellt Verständnisfragen, um den Feedbackgeber besser zu verstehen.
- überprüft das Feedback: Kann sie es bestätigen? Gab es bereits eine ähnliche Rückmeldung? Wird das Feedback weiterer Personen benötigt?
- reflektiert, wie sie auf das Feedback reagieren möchte. Welche Schritte können unternommen werden, um sich weiterzuentwickeln?
- bedankt sich. Selbst wenn ein Feedback nicht in der richtigen Form gegeben wurde, hilft es, die eigene Wirkung auf andere und sich selbst zu erfahren, um zukünftig sicherer und kompetenter auftreten zu können.

1. Bitten Sie Ihren Übungspartner um ein Feedbackgespräch. Üben Sie anschließend selbst konstruktive Kritik. Worauf möchten Sie zukünftig verstärkt achten, wenn Sie ein Feedback geben? Wie möchten Sie sich zukünftig verhalten, wenn Sie Feedback empfangen? Rechnen Sie sich, worauf es ankommt?
2. Formulieren Sie Beispielsätze für destruktives Feedback: 5 negative und 5 verletzende Sätze. Wandeln Sie diese Sätze dann in konstruktive Feedbacksätze um, die ermutigend und förderlich für die Weiterentwicklung sind.
3. Besprechen Sie bei Ihrem nächsten Einsatz mit Ihrer Praxisanleitung die Teilnahme an der Dienstübergabe. Achten Sie darauf, welche Informationen ausgetauscht werden. Welche Tätigkeiten für Pflegefachpersonen und Lernsituationen ergeben sich aus der Dienstübergabe? Informieren Sie sich über fehlende Fachkenntnisse.

3.5 Ethik in der Pflege

Ethik ist ein Teilgebiet der Philosophie. Es umfasst die Auseinandersetzung mit Bewertungen und Voraussetzungen menschlichen Handelns und das methodische Nachdenken über Moral und spezifisches moralisches Handeln (Nimtzt 2011). Ethik ist auch die Lehre vom Guten und seinen Gegensätzen. Sie hilft dabei, moralische Grundsätze auf gesellschaftlicher Ebene zu definieren und festzulegen, was als ethisch richtig gilt, z. B. bei sozialen Themen wie Menschenrechte, Klimawandel und soziostrukturelle Ungleichheiten. Letztere sind Unterschiede in Ressourcen wie Einkommen und Bildung.

Die **Pflegeethik** setzt sich mit Fragen und Problemen auseinander, die in den Aufgabenbereich der Pflege fallen (Glaser 2010). Sie befasst sich mit der Haltung, Einstellung und der kritischen Reflexion Pflegenden.

In der Pflege geht es um existenzielle Themen wie Geburt, Krankheit und Tod. Das positive Gesamtbild des menschlichen Organismus ist die Basis professionellen Pflegehandelns. Hierzu ist die ethische **Reflexion** (CE3, 1.2.1) unerlässlich.

3.5.1 Moral, Werte und Normen in der Pflege

Das Bewusstsein für Werte, Normen und Moral ist die Grundlage der professionellen Beziehung zwischen zu Pflegenden und der Pflegefachperson. Im Rahmen einer Pflegeausbildung wird dieses Bewusstsein geschärft.

Werte sind grundlegende Überzeugungen und Prinzipien, die das Verhalten und die Entscheidungen einer Person oder einer Gesellschaft beeinflussen. Zentrale ethische Werte sind Ehrlichkeit, Gerechtigkeit, Respekt, Toleranz, Mitgefühl, Verantwortung und Freiheit. Die grundlegenden Werte eines Menschen oder einer Gesellschaft werden als **Grundwerte** bezeichnet.

Normen sind Verbindlichkeiten bzw. Pflichten, die das Funktionieren einer Gesellschaft regeln und der Orientierung dienen. Einige Normen müssen befolgt werden (Gesetze), bei anderen wird die Erfüllung erwartet, und dann gibt es Normen, die beliebt sind. Damit sich Menschen an Normen halten, übt die Gesellschaft über Institutionen Sanktionen aus. Während hier Normen die Freiheit begrenzen, sorgen sie an anderer Stelle für Sicherheit.

Moral ist die Gesamtheit der Normen und Werte, die in einer Gesellschaft als gut und verbindlich gelten und auf denen das Zusammenleben beruht. Sie reguliert

durch grundlegende Überzeugungen, Werte und Normen das zwischenmenschliche Verhalten einer Person und einer Gesellschaft. Sie wird als verbindlich akzeptiert. Das moralische Handeln wird von Geboten bestimmt, ohne die ein Zusammenleben schwer möglich wäre. Gewissen, Bescheidenheit, Höflichkeit, Anstand und Ehre sind erstrebenswerte Eigenschaften, die mit moralischem Handeln einhergehen.

► Merke

Werte und Normen sind wichtige Bestandteile der Moral.

Die Akzeptanz moralischer Grundsätze ist ein komplexer Prozess, der von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird. Diese können von individuellen Überzeugungen und Erfahrungen bis hin zu gesellschaftlichen Trends und historischen Entwicklungen reichen. Normen und Werte sind nicht in Stein gemeißelt, sondern verändern sich im Laufe der Zeit, da sich auch die Gesellschaft darin weiterentwickelt.

In ein **moralisches Dilemma** (CE6, 1.6) gerät man, wenn bei einer Entscheidung mindestens 2 gültige Prinzipien, Pflichten oder Werte miteinander konkurrieren. Egal, wie die Entscheidung ausfällt: Man wird nicht allen moralischen Verpflichtungen gerecht.

► Merke

Das moralische Handeln der Pflegefachperson sichert die Menschenwürde der zu pflegenden Person. Aufgrund der Menschenwürde bringt die Pflegefachperson den zu Pflegenden Achtung entgegen.

Erforschen Sie Ihre persönlichen Werte: <https://eingerplan.de/werte>. Nehmen Sie sich für den Test eine halbe Stunde Zeit.

Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen

Im Berufskodex des **International Council of Nurses (ICN)**, dem **ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen**, der 1953 verabschiedet und seitdem mehrmals überarbeitet wurde, sind Aufgaben und Pflichten für Pflegefachpersonen (CE1, 2.1.4; CE1, 4.5.2) benannt. Der Kodex wird als ethischer Orientierungsrahmen für die Pflege verstanden. Er enthält u. a. das Versprechen der Pflegefachperson, für eine sichere Pflege einzustehen, das sie den zu pflegenden Menschen gibt, und beinhaltet Anwendungsvorschläge für Pflegesituationen (Micucci 2022).

Der aktuelle Ethikkodex setzt sich aus 4 Elementen zusammen (International Council of Nurses 2021) (Abb. 3.18):

- Pflegefachpersonen und Patientinnen und Menschen mit Pflegebedarf
- Pflegefachpersonen und die Praxis
- Pflegefachpersonen und die Profession
- Pflegefachpersonen und globale Gesundheit

Außerdem nennt der Ethikkodex Werte, an denen Pflegefachpersonen ihr Handeln gegenüber zu Pflegenden, Angehörigen und Kollegium ausrichten, und beschreibt deren Verantwortlichkeiten und Aufgaben.

1. Laden Sie sich den ICN-Ethikkodex herunter. Markieren Sie die Passagen, die Ihnen am wichtigsten sind und erstellen Sie dazu eine Präsentation: www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf
2. Erläutern Sie, welche Werte vor allem in der Pflege bedeutsam sind.

3.5.2 Ethische Prinzipien in der Pflege

Die Achtung gegenüber der zu pflegenden Person und die Wahrung ihrer Rechte und Freiheiten stehen im Einklang mit den ethischen Grundsätzen im Gesundheits-

wesen, insbesondere mit dem Prinzip der **Autonomie** (Selbstbestimmungsrecht) und dem Prinzip des **Respekts**. Das Prinzip der Autonomie besagt, dass die zu pflegende Person das Recht hat, über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbst zu bestimmen und zu entscheiden. Die Pflegefachperson stärkt und respektiert dies, indem sie die individuellen Entscheidungen der Person unterstützt, auch wenn sie nicht den eigenen Vorstellungen entsprechen. Zugleich zeigt sie durch die Achtung der Rechte und Freiheiten der Person Respekt für ihre Individualität und ihren Selbstwert.

► Merke

Das Verständnis und die Umsetzung ethischer Prinzipien führen zu einer ethisch fundierten Pflege und zu Respekt für individuelle Bedürfnisse und Werte der zu pflegenden Menschen (CE1, 2.1.4).

Für ethische Fragen im Gesundheitssystem, und damit auch in der Pflege, gelten vor allem die **4 Grundprinzipien** nach **Beauchamp und Childress** (Beauchamp 2021):

- **Respekt der Autonomie:** Menschen haben das Recht, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Die Pflegefachperson berücksichtigt dabei die individuellen Wünsche, Präferenzen und Bedürfnisse der zu Pflegenden.

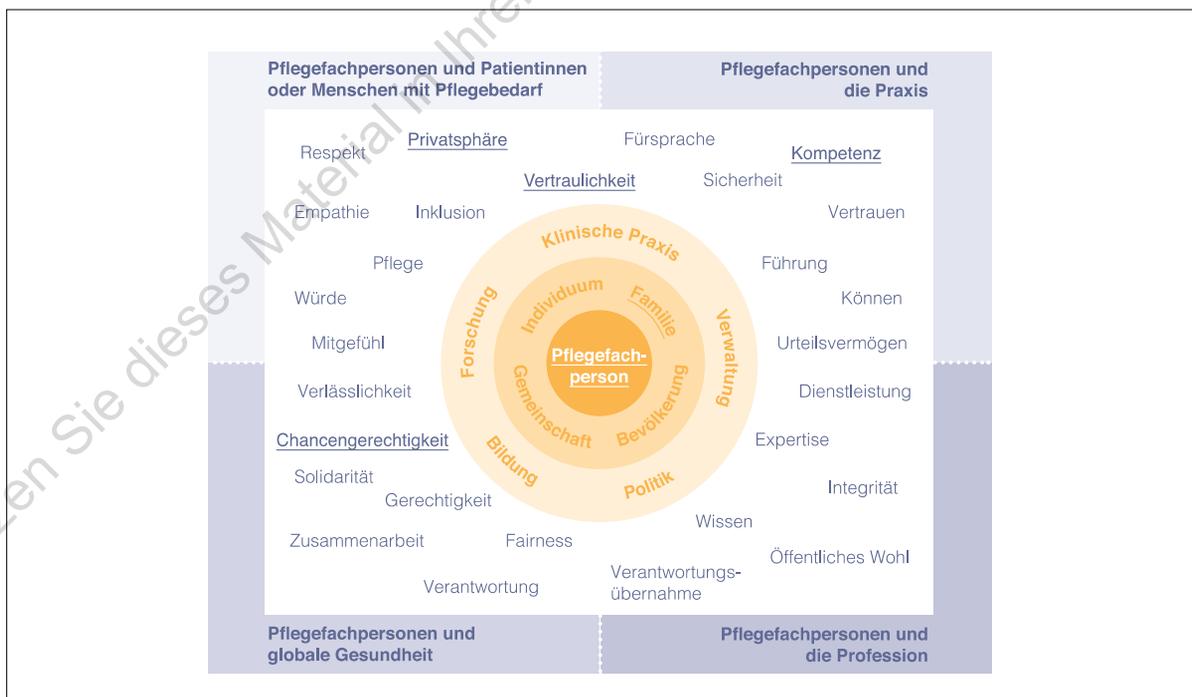


Abb. 3.18 ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen – Professionelle Werte

- **Nichtschaden:** Gesundheitsfachkräfte sind dazu angehalten, Schaden von den zu Pflegenden abzuwenden und Risiken zu minimieren.
- **Fürsorge:** Betont die Verpflichtung der Gesundheitsfachkräfte, für das körperliche, emotionale und psychische Patientenwohl zu sorgen.
- **Gerechtigkeit:** Verlangt eine faire Verteilung von Ressourcen, Chancen und Belastungen im Gesundheitssystem, alle Patienten werden gleich behandelt.

Welches Prinzip in der Praxis das größte Gewicht hat, entscheidet sich von Fall zu Fall.

► **Merke**

Das Prinzip der Würde ist eng mit der Autonomie verbunden.

Pflegefachpersonen tragen eine hohe Verantwortung, da sie in verschiedenen Kontexten abwägen und entscheiden müssen, was unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Umstände im besten Interesse des zu pflegenden Menschen ist. Dies erfordert ein fundiertes ethisches Urteilsvermögen und die Fähigkeit, die richtigen Entscheidungen zu treffen, um eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen.

Durch langjährige Berufserfahrung sammeln Pflegefachpersonen kontinuierlich Erfahrungen und entwickeln dabei eigene Kriterien zur Orientierung in Entscheidungsprozessen. Durch Reflexion und Austausch mit Kollegen und Fachkräften schärfen sie ihr ethisches Urteilsvermögen und gewinnen Selbstvertrauen in ihre Fähigkeiten. Die Teilnahme an Fortbildungen im Bereich Ethik ermöglicht es ihnen zudem, ihre Fähigkeiten gezielt weiterzuentwickeln.

In den vergangenen Tagen hat sich der Zustand von Frau Hans deutlich verschlechtert. Zum aktuellen Zeitpunkt ist der Hilfebedarf von Frau Hans höher, mit schlechter Prognose. Frau Hans hatte einen Schlaganfall. Frau Friedrich hat nach dem Schlaganfall ihrer Mutter die Sorge, sie in ihr gewohntes häusliches Umfeld einziehen zu lassen. Auch das Ärzte- und Pflegeteam würden unter diesen Umständen eine Heimunterbringung befürworten. Die Frage, ob Frau Hans trotz ihres Wunsches, zu Hause zu bleiben, in eine Pflegeeinrichtung umziehen sollte, um eine bessere Betreuung und Sicherheit zu gewährleisten, erfordert eine Abwägung zwischen Autonomie- und Fürsorgeprinzip. Dabei ist entscheidend, eine Lösung zu finden, die sowohl die Autonomie als auch das

Wohl von Frau Hans berücksichtigt und sicherstellt, dass ihre Pflegebedürfnisse angemessen erfüllt werden.

Kathrin erkennt Frau Hans als individuelle Person mit eigenen Bedürfnissen, Vorlieben und Gefühlen an und respektiert sie. Indem Frau Hans' Wünsche und Entscheidungen berücksichtigt werden, wird ihre Würde gewahrt.

Kathrin geht die Situation von Frau Hans und die Sorge ihrer Tochter nicht aus dem Kopf. Sie entscheidet sich, mit Darek über die Verschlechterung von Frau Hans' Zustand und deren Konsequenzen für sie zu sprechen. Darek hört aufmerksam zu und ermutigt Kathrin, ihre Gedanken und Gefühle auszudrücken. Er erklärt ihr, dass es normal ist, unsicher zu sein, insbesondere in ethischen Fragen. Darek ermutigt sie, ihre eigenen ethischen Grundsätze zu reflektieren. Gemeinsam diskutieren sie verschiedene Handlungsoptionen und deren potenzielle Auswirkungen auf Frau Hans. Darek ermutigt Kathrin, die Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und sich mit anderen Fachkräften auszutauschen, um unterschiedliche Meinungen zu erhalten. Durch die Gespräche fühlt sich Kathrin gestärkt, ihre eigenen ethischen Grundsätze zu entwickeln und erkennt, dass ethische Entscheidungen oft komplex sein können.

► **Merke**

Die Pflegefachperson muss ihr Handeln immer wieder kritisch hinterfragen (reflektieren) und ihr Wissen um neue rechtliche und wissenschaftliche Erkenntnisse vergrößern.

Benennen Sie Beispiele für Situationen, in denen zwischen Fürsorge- und Autonomieprinzip abgewogen werden muss, z.B. Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen bei schweren Krankheiten, medizinische Behandlungen bei geistiger Beeinträchtigung oder Entscheidungen über die Fortsetzung bzw. Beendigung von medizinischen Interventionen bei Patienten im Wachkoma. Diskutieren Sie in der Klasse, wie Sie entscheiden würden.

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die **Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen** besteht aus 8 Artikeln und wurde erstmals 2006 veröffentlicht. Sie ist ein Leitfaden für würdevolle Pflege und gibt Impulse für den gesamten Pflegebereich. Sie bietet Orientierung für pflegebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und Pflegefachpersonen und dient dazu,

ihre Würde, Autonomie und Lebensqualität zu schützen und zu fördern.

Die Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen verfolgt mehrere Ziele, darunter die Wahrung der Menschenwürde, die Förderung der Selbstbestimmung, die Gewährleistung von Qualität und Sicherheit, soziale Integration sowie den Schutz vor Diskriminierung und Misshandlung.

Der letzte Artikel der Charta befasst sich mit der Palliativbegleitung, dem Sterben und dem Tod. Dieser Artikel unterstreicht die Bedeutung, pflegebedürftigen Menschen einen würdevollen Abschied zu ermöglichen und sie einfühlsam und angemessen in diesem sensiblen Lebensabschnitt zu begleiten (CE8, 4.2.1).

Entwerfen Sie anhand der Informationen der Pflege-Charta auf der Internetseite www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/pflege-charta-96110 einen modernen Flyer und präsentieren Sie Ihre Ausarbeitung. Wie lassen sich die Artikel ansprechend darstellen? Worauf legen Sie besonders Wert?

3.5.3 Die Bedeutung der Ethikberatung in der Pflege

Die **Ethikberatung** ist ein strukturierter Prozess zur Klärung ethischer Konflikte oder Dilemmata im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen oder Behandlungen. In der Ethikberatung wird die Ebene der Emotionalität und Betroffenheit verlassen und eine argumentativ nachvollziehbare Lösung erarbeitet. Dieser Prozess kann von einem spezialisierten Ethikkomitee, einzelnen Ethikberatern oder einem multidisziplinären Team durchgeführt werden und basiert auf ethischen Prinzipien, Normen und Werten.

In ethisch komplexen Situationen, z. B. wenn es um lebensverlängernde Maßnahmen geht, können Pflegefachpersonen, ärztliches Fachpersonal oder andere Mitglieder des interdisziplinären Teams das **klinische Ethikkomitee** einschalten. Das Komitee ist eine multidisziplinäre Gruppe von Fachleuten aus einer Einrichtung, die sich mit ethischen Fragen und Dilemmata im Zusammenhang mit der Patientenversorgung befasst. Sie trifft sich regelmäßig, um ethische Fälle zu besprechen, Leitlinien zu entwickeln und ethische Standards zu fördern.

Außerdem finden **ethische Fallbesprechungen** statt. Dabei handelt es sich um strukturierte Gespräche im interdisziplinären Team zur Klärung ethischer Fragen oder

Dilemmata im Zusammenhang mit einer konkreten Situation. Ziel der Fallbesprechung ist es, im Einzelfall zu einer ethisch vertretbaren Lösung zu gelangen und die bestmögliche Versorgung der zu Pflegenden sicherzustellen. Zudem tragen ethische Fallbesprechungen dazu bei, das ethische Bewusstsein der Teammitglieder zu fördern und ihre Fähigkeiten zu stärken, ethische Fragen zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Durch die gemeinsame Diskussion ethischer Dilemmata und die Suche nach Lösungen im Team werden die Teilnehmer sensibilisiert und entwickeln ein tieferes Verständnis für die ethischen Aspekte in der Pflege.

Sowohl das Ethikkomitee als auch die Fallbesprechungen unterstützen die Fachkräfte bei der Entscheidungsfindung und dabei, sicherzustellen, dass das weitere Vorgehen im Einklang mit der Würde der zu pflegenden Person steht.

1. Beschreiben Sie eine Situation, die ethisch schwierig war. Warum haben Sie sie so wahrgenommen?
2. Schauen Sie sich das Video über das Trolley-Problem an: www.youtube.com/watch?v=MhOJp1DcabM Was würden Sie tun? Formulieren Sie zu Ihrer Entscheidung eine persönliche Stellungnahme.
3. Informieren Sie sich, ob Ihre Institution über ein Ethikkomitee verfügt. Aus welchen Mitgliedern besteht es?
4. Nennen Sie Aspekte, wie Sie dazu beitragen können, dass ein zu Pflegenden Wertschätzung erfährt? Welche Unterschiede sind bei der Betreuung im Krankenhaus im Vergleich zu einer Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen?
5. Welche ethischen Prinzipien und rechtlichen Rahmenbedingungen sind in der Pflege pflegebedürftiger Personen relevant und wie können Sie sicherstellen, dass Sie diese Prinzipien in Ihrem Pflegealltag umsetzen?

Quellenverzeichnis

- Braunschweiger, C.; Köder, C. (2022): Praxisanleitung Pflege. Lehrbuch für die Weiterbildung. München: Elsevier.
- Büker, K. (2022): Psychologie für Anfänger. Berlin: Loewenstein International.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Charta der Rechte Hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/be474bfdb4016bbbca9bf87b4cb9264b/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf> [28.03.2025].
- Eilert, D. (2013): Mimikresonanz. Paderborn: Junfermann.
- Frie, G. (2022): Kommunikation pocket für Pflegeberufe. Hamburg: Handwerk und Technik.
- Glaser, S. (2010): Entstehung, Elemente und Möglichkeiten pflegeethischer Urteilsbildung – ein Kurzüberblick. Pflegeethik. München: GRIN.
- Hammer, M.; Plößl, I. (2020): Irre verständlich: Methodenansätze. Wirksame Ansätze für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Infoportal Gewaltfreie Kommunikation (GfK): Unter: <https://www.gfk-info.de/was-ist-gewaltfreie-kommunikation/> [28.03.2025].
- International Council of Nurses (Hrsg.) (2021): Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Unter: www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf [28.03.2025].
- Jelinek, L.; Hauschildt, M.; Moritz, S. (2015): Metakognitives Training bei Depression. Weinheim, Basel: Beltz.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2016): Ethikberatung im Qualitätszirkel. Handbuch Qualitätszirkel. Unter: www.kbv.de/media/sp/4.22_Ethikberatung_im_Qualitaetszirkel.pdf [28.03.2025].
- Lenarz, J. (2019): Mach jetzt den Werte-Online-test und finde deine Werte! Unter: <https://einguterplan.de/werte> [28.03.2025].
- Mantz, S. (2019): Kommunizieren in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Micucci, S. (2022): Pflegeethik und ethische Prinzipien in der Pflege. Überblick und Beispiele. Unter: <https://medwing.com/DE/de/magazine/artikel/pflegeethik/> [28.03.2025].
- Nimtz, C. (2011): Lexikon Philosophie. Stuttgart: Reclam.
- Röhner, J.; Schütz, A. (2020): Psychologie der Kommunikation, Basiswissen Psychologie. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Rosenberg, M. (2016): Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann.
- Sachse, R. (2021): Empathie. In: Linden, H.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene. Psychotherapie: Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer: 99–106.
- Schulz von Thun Institut für Kommunikation: das Kommunikationsquadrat. Unter: www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat [28.03.2025].
- Stangl, W. (2021): Empathie. In: Lexikon der Psychologie und Pädagogik. Unter: <https://lexikon.stangl.eu/1095/empathie> [28.03.2025].
- Stöcker, M. (2016): Praxislehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie. Stuttgart: Haug.
- Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (2017): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Hogrefe, Bern 2017.

4 Berufliche Identität entwickeln

↓ CE4_1_Kompetenzraster

Li Wung sitzt mit seinen Kolleginnen und Kollegen bei der Frühstückspause zusammen. Er hat gerade mit der Ausbildung zum Pflegefachmann begonnen. Seine Ausbildungskollegin Finja Maier, die kurz vor ihrer Abschlussprüfung steht, erzählt von ihren Plänen, nach der Ausbildung Pflegewissenschaft zu studieren. „Es hat sich in den vergangenen Jahren so viel in der Pflege getan, allein wenn man sich den Werdegang der Ausbildung anschaut. In der Gesellschaft verändert sich viel und ich finde es wichtig, die Pflege und damit auch die Gesellschaft mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen voranzubringen.“ Viele der anwesenden Kolleginnen und Kollegen sagen nichts dazu, die Stationsleitung Manuela Schmidt nickt erfreut, sie hat schon häufiger beobachtet, dass Finja sich für die Pflege einsetzt und bereits sehr mit ihrer beruflichen Rolle als Pflegenden identifiziert. Eine andere Kollegin meint jedoch: „Ich verstehe echt nicht, warum man in unserem Beruf noch weiter

studieren muss. Mit der Wissenschaft haben wir doch, wenn man ehrlich ist, so gut wie nichts zu tun.“ Ronnie Brandt, ein älterer Kollege aus Berlin, wendet ein: „Also damals im Osten, da kannte ich viele, die nach ihrer Ausbildung noch mal studiert haben.“ Lis Praxisanleiterin Mechthild beendet das Gespräch mit den Worten: „Ich finde das gut, dass du das machst Finja. Unser Beruf ist meiner Meinung nach weit mehr als das, was häufig in den Medien dargestellt wird. Viele wissenschaftliche Erkenntnisse fließen direkt in unsere Arbeit ein. Denkt doch allein an die Expertenstandards.“ Li hat nach dem Gespräch mit seinen Kollegen darüber nachgedacht, was den Pflegeberuf für ihn ausmacht und mit welchen Ansprüchen er seine pflegerischen Tätigkeiten ausüben möchte. Er ist stolz darauf, in der Pflege zu arbeiten und diesen Beruf zu erlernen, obwohl die Rahmenbedingungen die Arbeit teilweise sehr erschweren.

1. Wie nehmen Sie das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit wahr?
2. Reflektieren Sie anhand Ihrer bisherigen Erfahrungen, welches Bild Sie selbst von der Pflege haben und wie dieses mit Ihrem beruflichen Selbstverständnis zusammenpasst.
3. Wie wichtig empfinden Sie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse für die Pflegepraxis und das pflegerische Handeln?
4. Reflektieren Sie für sich: Wie sehr haben Sie sich bereits mit Ihrer beruflichen Rolle als angehende Pflegefachperson identifiziert?

4.1 Gesellschaftliche Veränderungen erkennen

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nehmen wichtige Rollen in der Gesellschaft ein. Ergeben sich gesellschaftliche Veränderungen, so spielen diese auch für die professionelle Pflege und damit für Pflegefachpersonen eine Rolle.

4.1.1 Perspektiven im Gesundheitswesen

Für das 21. Jahrhundert hat sich der **Wissenschaftsrat** (www.wissenschaftsrat.de, Abb. 4.1), der die Bundesländer in Fragen der Wissenschaft, Forschung und Hochschule berät, mit den gesellschaftlichen Trends und Perspektiven, die sich auf das Gesundheitswesen auswirken, auseinandergesetzt (Wissenschaftsrat 2023). Es lassen sich **zentrale Herausforderungen für die**

Gesundheitsfachberufe feststellen, z. B. die demografischen Veränderungen.

► Tipp

Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen: www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.html

The logo consists of the letters 'WR' in a large, bold, black sans-serif font on the left, followed by a vertical line and the word 'WISSENSCHAFTSRAT' in a smaller, all-caps, black sans-serif font on the right.

Abb. 4.1 Logo Wissenschaftsrat

Demografische Veränderungen

In den nächsten Jahrzehnten wird sich die Zusammensetzung der deutschen Bevölkerung verändern. Dieser **demografische Wandel** zeigt sich in der Zahl der Geburten, der Todesfälle, aber auch der Zu- und Abwanderung von Menschen.

Für die erste Hälfte des 21. Jahrhunderts wird für Deutschland ein **Geburtenrückgang** vorausgesagt. Dieser Geburtenrückgang ist seit den 1970er-Jahren in vielen Industriestaaten zu verzeichnen und setzt sich weiter fort. Gleichzeitig steigt die **Lebenserwartung** durch verbesserte Lebensbedingungen. Damit wächst der Anteil der älteren Bevölkerung. Die verstärkte Zuwanderung nach Deutschland seit 2014 beeinflusst die Alterung der Gesamtbevölkerung kaum, sondern hat lediglich die Schrumpfung der Bevölkerung verlangsamt (Statistisches Bundesamt 2021). Aufgrund der COVID-19-Pandemie kam es zu einer leichten Abschwächung des Anstiegs der Lebenserwartung. Trotzdem bleibt es bei einem raschen Voranschreiten der demografischen Alterung. In den nächsten Jahrzehnten werden daher weniger Menschen im arbeitsfähigen Alter zur Verfügung stehen. Es entsteht ein Ungleichgewicht (Abb. 4.2).

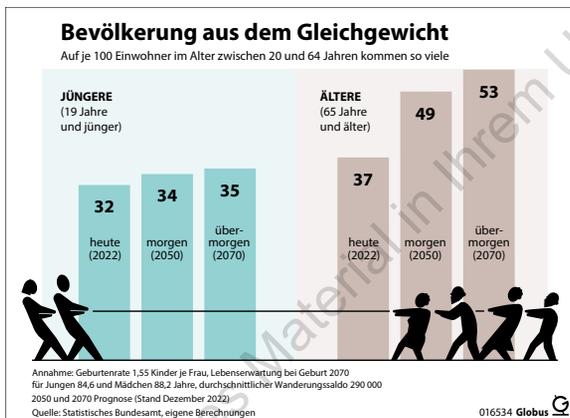


Abb. 4.2 Bevölkerung aus dem Gleichgewicht

Bei der Bevölkerungsentwicklung zeigten sich in den vergangenen Jahrzehnten starke **regionale Unterschiede** (Abb. 4.3). Zum Teil sind dafür Wanderungsbewegungen aus den ländlichen Regionen hin zu den Städten aufgrund z. B. einer größeren Anzahl von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen verantwortlich. Diese regionalen Unterschiede sind bei der Planung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zu berücksichtigen.

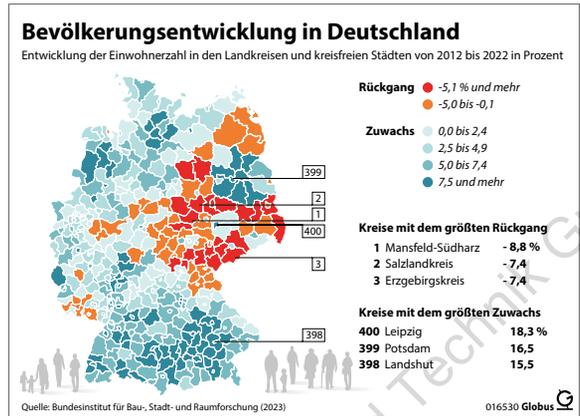


Abb. 4.3 Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

Änderung der Versorgungsbedarfe

In Deutschland steigt der Anteil der älteren Bevölkerung durch den demografischen Wandel und damit auch der Anteil der pflegebedürftigen Menschen. Ältere Menschen, hauptsächlich über 85-Jährige, haben häufig einen höheren gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsbedarf. Krankheiten nehmen zu. Oft haben hochaltrige Menschen, d. h. über 80-Jährige, gleichzeitig mehrere, häufig **chronisch** (lang andauernd, nicht völlig zu heilen) auftretende Krankheiten. Dies wird **Multi-morbidität** genannt.

Mit Zunahme der Erkrankungen nimmt ebenfalls der Bedarf an Pflege zu. In diesem Zusammenhang steigen auch die **Krankheitskosten**.

Die **Anzahl der Pflegebedürftigen** steigt seit Einführung der Pflegeversicherung in den 1990er-Jahren kontinuierlich an. Waren 1999 noch 2,02 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, waren es 2023 bereits rund 5,7 Mio. Menschen. Bis 2055 werden ca. 6,8 Mio. pflegebedürftige Menschen erwartet (Statistisches Bundesamt 2023). Die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs Anfang 2017 (CE1, 2.3.4) begründet außerdem eine starke Zunahme Pflegebedürftiger, da seither mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft wurden als zuvor (Statistisches Bundesamt 2023).

Prognosen sagen für die nächsten Jahre aufgrund der weiteren Alterung der Gesellschaft eine Zunahme der Pflegebedürftigen und des Versorgungsbedarfs voraus.

Aufgrund des sich ändernden Versorgungsbedarfs werden sich auch die **Versorgungsarten und -formen** ändern. 2023 wurden 86% der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, davon 67% überwiegend durch ihre

Angehörigen und 19% zusammen mit oder durch ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste (Abb. 4.4).

Durch den demografischen Wandel werden voraussichtlich weniger **Angehörige** zur Verfügung stehen, die die Pflege übernehmen können. Auch können viele Angehörige bereits jetzt aufgrund der steigenden beruflichen Anforderungen die Pflege nicht mehr leisten. Die Bedeutung der ambulanten Pflege wird zunehmen, da die Pflegebedürftigen meist so lange wie möglich in ihrem Zuhause leben möchten. Die steigende Zahl der multimorbiden Pflegebedürftigen wird den Prozentsatz der Pflegebedürftigen erhöhen, die vollstationär betreut werden. In verschiedenen Bereichen entwickeln sich bereits neue Versorgungskonzepte, z. B. für Menschen mit Demenz (CE11, 2.1.1).

Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit

Durch die Zunahme chronischer Erkrankungen ist auch eine stärkere Zusammenarbeit der im Gesundheitswesen Tätigen erforderlich (CE1, 2.2.1). Demenzielle Erkrankungen erfordern z. B. nicht nur eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege, sondern die Soziale Arbeit und Therapieberufe spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Mangel an Gesundheitspersonal

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Anzahl der im Gesundheitswesen tätigen Menschen in Deutschland stetig zugenommen. Für das Jahr 2024 werden 6,1 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2025b). 40% der Beschäftigten sind über 50 Jahre alt (Abb. 4.5). Diese scheiden in den nächsten Jahren altersbedingt aus dem Dienst aus.

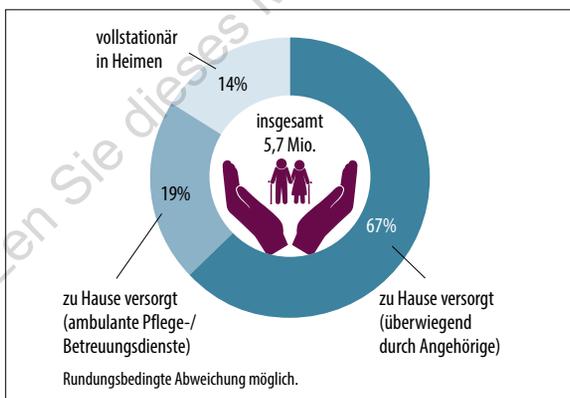


Abb. 4.4 Pflegebedürftige, die Leistungen über die Pflegeversicherung erhalten, nach Versorgungsart 2023 (Statistisches Bundesamt 2025a)

Bereits heute zeigt sich in vielen Bereichen der Pflege ein **Fachkräftemangel**, d. h., vorgesehene Stellen können nicht besetzt werden. Hinzu kommt der Bedarf durch die Alterung des Personals und aufgrund der alternden Bevölkerung. Von der Politik wird auf verschiedenen Ebenen entgegengesteuert, bisher jedoch ohne wesentliche Erfolge. Es bleibt offen, ob in den nächsten Jahrzehnten genügend junge Menschen zur Verfügung stehen, die einen Beruf im Gesundheitswesen wählen.

Den in absehbarer Zeit aus Altersgründen ausscheidenden Pflegefachpersonen steht die Anzahl der **Auszubildenden** gegenüber. Über alle Ausbildungsjahre hinweg befanden sich zum Jahresende 2023 etwa 147 000 Personen in der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann (Statistisches Bundesamt 2024).

1. Listen Sie zusammenfassend die unterschiedlichen gesellschaftlichen Veränderungen auf.
2. Leiten Sie mögliche Konsequenzen dieser Veränderungen für die Pflege ab.

4.1.2 Gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs

Vielen Pflegefachpersonen fehlt die **gesellschaftliche Anerkennung** (Schwarzer, Viehstädt 2019). Dies steht im Widerspruch zur Vertrauenswürdigkeit von Berufen. Bei Befragungen der Öffentlichkeit, welche Berufe besonders vertrauenswürdig sind, gehören die Krankenschwester/der Krankenpfleger zu den am häufigsten genannten Berufen (GfK Verein 2018). Wenn man jedoch gesellschaftliche Anerkennung an den Gehältern misst, sind Pflegeberufe unterbewertet. Ein Vergleich

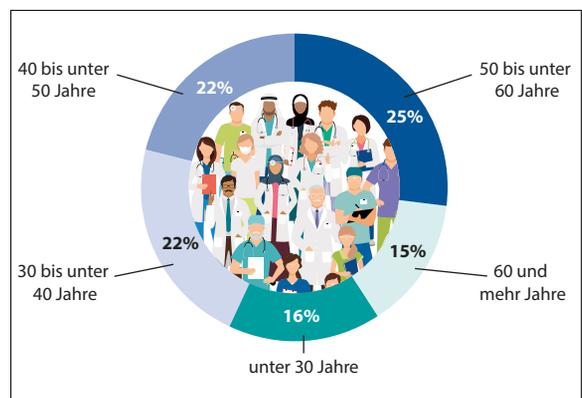


Abb. 4.5 Gesundheitspersonal in Deutschland nach Altersgruppen 2023 in Prozent (Statistisches Bundesamt 2025b)

der Gehälter sogenannter **systemrelevanter Berufe** zeigt, dass die Pflegeberufe relativ gering vergütet werden (Öz 2020). Systemrelevante Berufe sind für die Grundversorgung der Gesellschaft von besonderer Bedeutung.

Tauschen Sie sich aus, wie Ihr Umfeld auf Ihre Entscheidung reagiert, sich zur Pflegefachperson ausbilden zu lassen. Beschreiben Sie, wie unterschiedliche Positionen auf Sie wirken.

4.2 Geschichte des Pflegeberufs verstehen

Pflegerische Tätigkeiten haben eine lange Tradition. Seit es Krankheiten gibt, müssen Menschen gepflegt werden. Für die Jungsteinzeit lassen sich bereits Schädelöffnungen nachweisen, die erfolgreich verliefen, wie man an nachgewachsenem Knochen in Schädeln erkennen kann. Ohne eine sorgfältige Pflege hätten die Menschen solche Operationen nicht überlebt.

4.2.1 Christliche Prägung der Pflegetätigkeit

Im europäischen Raum spielte das Christentum eine große Rolle. Unter dem Gebot der Nächstenliebe gehörte die Fürsorge für alte, kranke und schwache Menschen zur Aufgabe eines jeden Christen. Einrichtungen zur Pflege bekamen im Mittelalter (ca. 500–1500 n. Chr.) eine größere Bedeutung. Neben den christlichen **Klöstern** wurden auch die Städte aktiv und richteten **Hospitäler** für die Versorgung bedürftiger Menschen ein (Abb. 4.6).



Abb. 4.6 Beispiel eines mittelalterlichen Hospitals: Heiligen-Geist-Hospital in Lübeck

In den Hospitälern der Klöster übernahmen die Ordensleute die Pflege. Die städtischen Hospitäler beschäftigten in der Regel Bedienstete, die für die Versorgung der Bewohner zuständig waren. Mit heutigen differenzierten Einrichtungen der Therapie und Pflege sind diese Hospitäler nicht vergleichbar. Auch Mediziner kamen nur als bestellte Besucher zur Visite ins Haus.

Ein Beispiel für die Vorläufer der heutigen Pflegefachpersonen ist das sogenannte **Wartpersonal**, das jedoch unterschiedlich benannt wurde. Im Hospital von Merxhausen (gegründet 1533) hießen die Bediensteten, die sich um die Bewohner kümmerten, **Aufwärterinnen**. In der Anfangszeit dieses Hospitals waren die Insassen zunächst selbst für ihre Versorgung verantwortlich, aber bereits für das 17. Jahrhundert lässt sich nachweisen, dass Aufwärterinnen angestellt und besoldet wurden. Diese waren zuständig für Sauberkeit, die medizinische Versorgung und den Haushalt. Geregelt Ausbildungen gab es zu dieser Zeit bislang nicht, daher gaben die Aufwärterinnen das erforderliche Wissen für die Aufgaben informell weiter.

Die christliche Tradition spielte über Jahrhunderte eine große Rolle und beeinflusst den Pflegeberuf bis heute.

► Setting

Ambulante Pflege im Mittelalter – das Beispiel der Beginen

Ende des 12. Jahrhunderts entstanden in größeren Städten in Europa Gemeinschaften frommer alleinstehender Frauen, die sich sozial engagierten und als Beginen bezeichnet wurden. Typischerweise lebten die Beginen in einzelnen Wohnungen in Beginenhöfen, behielten aber im Gegensatz zu den Ordensangehörigen ihre Selbstständigkeit. Neben Handarbeit und Mädchenunterricht war die Krankenpflege eine der Haupttätigkeiten. Dazu gingen die Beginen in die Häuser der Kranken. Diese Form der Krankenversorgung kann als ein Vorläufer der heutigen ambulanten Pflege gesehen werden.

4.2.2 Pflege im 19. Jahrhundert

Als Beruf wurde die pflegerische Tätigkeit maßgeblich im 19. Jahrhundert geprägt. Im mitteleuropäischen Raum lassen sich folgende Entwicklungen finden, die einen verstärkten Bedarf an beruflich Pflegenden verursachten.

Medizinische Fortschritte

Mit Gründung großer Krankenhäuser zum Ende des 18. Jahrhunderts bekam die Medizin eine wichtigere Rolle. Ärzte wurden von den Krankenhäusern angestellt, konnten verstärkt forschen und größere Entdeckungen und Entwicklungen wurden möglich.

Entdeckungen und Entwicklungen der Medizin im 19. Jahrhundert waren z. B.:

- Entwicklung der Äthernarkose durch William Morton 1846
- Entdeckung der Zellulärpathologie durch Rudolf Virchow 1858
- Entdeckung der Ursache des Kindbettfiebers durch Ignatz Semmelweis 1861
- Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch 1892
- Entdeckung der Röntgenstrahlen durch Konrad Röntgen 1895

Besonders durch die Entwicklung der Bakteriologie ab den 1880er-Jahren stellten sich neue Anforderungen an die Pflegepersonen. **Asepsis** (Freiheit von Krankheitserregern) und **Antisepsis** (Vernichtung von Krankheitserregern durch Desinfektion) hielten Einzug in die Krankenhäuser, zunehmend forderten auch die Mediziner gut ausgebildete Pflegepersonen.

Kriege und Seuchen

Während der napoleonischen Befreiungskriege zu Beginn des 19. Jahrhunderts gründeten sich **Vaterländische Frauenvereine** zur Versorgung von Verwundeten. Sie waren Vorläufer der späteren Rot-Kreuz-Schwesternschaften und existieren heute noch. Neue katholische Orden entstanden, deren Mitglieder sich der Krankenpflege widmeten. Auch die sogenannten Reichseinigungskriege (Deutsch-Dänischer Krieg 1864, Preußisch-Österreichischer Krieg 1866, Deutsch-Französischer Krieg 1870/71) verdeutlichten den Mangel an gut ausgebildeten Pflegepersonen.

Seuchen waren bis zur Entwicklung der Bakteriologie kaum beherrschbar. Cholera, Typhus, Diptherie oder Keuchhusten kamen in Mitteleuropa immer wieder als **Epidemien**, also ein zeitlich und örtlich begrenzter Ausbruch einer Krankheit, meist einer Infektionskrankheit, vor und waren nur durch sorgfältige Pflege zu behandeln, die Medizin hatte hier kaum Möglichkeiten.

Soziale Veränderungen

Mit der Industrialisierung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand in den Städten eine neue Arbeiterklasse. Die Verelendung in manchen Stadtteilen erforderte zunehmend Pflegepersonen, die bereit

waren, kranke Menschen zu Hause zu versorgen. Die **Einführung der Krankenversicherung für Arbeiter in Deutschland** 1883 ermöglichte mehr Menschen die Inanspruchnahme von Therapie- und Pflegeleistungen bei einer Erkrankung.

Diese Entwicklungen trafen auf die Forderungen der deutschen Frauenbewegung, verstärkt Berufe für Frauen zu schaffen.

Erste Ansätze einer systematischen Ausbildung von Pflegepersonen

Gelungene Versuche einer systematischen Ausbildung in der Krankenpflege lassen sich Mitte des 19. Jahrhunderts verorten. Theodor Fliedner, ein evangelischer Pastor, gründete 1836 mit seiner Ehefrau Friederike in Kaiserswerth (heute ein Stadtteil von Düsseldorf) die Diakonissenanstalt als **Mutterhaus**. Diakonissen waren evangelische Frauen, die ähnlich wie die katholischen Ordensschwwestern in enger Gemeinschaft lebten. Dabei entsandte das Mutterhaus kleinere und größere Gruppen von Diakonissen an andere Orte, z. B. in Krankenhäuser oder auch in die Gemeindekrankenpflege. Aufgrund der guten Erfahrungen mit den Diakonissen verbreitete sich diese Form der Organisation pflegerischer Versorgung weltweit.

In der Folge entstanden weitere Initiativen von evangelischer Seite und durch katholische Orden. Die Rot-Kreuz-Schwesternschaften gründeten ebenfalls Ausbildungsstätten. Als erstes Land im Deutschen Reich bemühte sich Preußen um eine systematische Ausbildung zur Krankenpflege.

► Setting

Systematische Ausbildung in der Pflege kranker Säuglinge – Anfänge der Kinderkrankenpflege am Beispiel von Dresden

Im 19. Jahrhundert entstanden infolge der Ausdifferenzierung der Medizin die ersten Kinderkranken Häuser. Die Säuglingssterblichkeit war zu dieser Zeit sehr hoch. In Dresden bemühte sich der Pädiater Arthur Schlossmann um eine verbesserte Versorgung. 1898 wurde dort das weltweit erste Säuglingskrankenhaus gegründet. Für die Schwesternschülerinnen in der Säuglingspflegeschule galten strenge Aufnahmekriterien, die Ausbildung dauerte zunächst ein Jahr. Neben der praktischen Anleitung erfolgte zwei- bis dreimal die Woche theoretischer Unterricht; die Ausbildung wurde mit einer Prüfung abgeschlossen.

Recherchieren Sie die Geschichte Ihres Trägers der praktischen Ausbildung, z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst.

- Wie lange gibt es den Träger bereits?
- Warum wurde die Institution gegründet?
- Wer waren und sind die pflegerischen Leitungspersonen?
- Tauschen Sie sich über Ihre Ergebnisse aus.

4.2.3 Gesetzliche Grundlagen zur Ausbildung in Deutschland

Durch die Bemühungen verschiedener gesellschaftlicher Gruppen wurde die Pflegeausbildung weiter geregelt. Aus dem Bereich der freiberuflichen Krankenpflege, d. h. den Pflegenden, die nicht in einem Mutterhaus organisiert waren, setzte sich besonders die **Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.)** (heute Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)) mit ihrer Vorsitzenden Agnes Karll (1868–1927) (Abb. 4.7) für eine Verbesserung und staatliche Regelung der Ausbildung ein.



Abb. 4.7 Agnes Karll (1868–1927)

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entstanden allmählich verbindliche Regelungen, die sich an den Lebensphasen der zu versorgenden Menschen orientierten. Die allgemeine Krankenpflegeausbildung hat die längste Tradition. Deutlich wird in Tab. 4.1, Tab. 4.2 und Tab. 4.3, dass sich während des 20. Jahrhunderts die lebensphasenbezogene Ausbildung (Kinder, alte Menschen) auseinanderdividiert und sich ab 2003 wieder annähert. Die Ausbildungsregelungen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR, 1949–1990) wurden 1990 vom westdeutschen System abgelöst.

4.2.4 Pflege im Nationalsozialismus

Die noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts starke christliche Prägung der beruflichen Pflegetätigkeit erfuhr während des **Nationalsozialismus** (1933–1945) zum Teil eine gravierende Veränderung. Krankenschwestern, Krankenpfleger sowie Säuglings- und Kinderschwestern wurden in das nationalsozialistische Herrschaftssystem integriert. Sie beteiligten sich an Zwangssterilisationen und auch am **Euthanasieprogramm** (Steppe 2020), die systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen (CE11, 1.3.5). Vereinzelt gab es Widerstand und es gelang dem Regime nicht in allen Bereichen, die christlich geprägten Schwestern durch NS-Schwestern zu ersetzen. So blieben in der Gemeindekrankenpflege weiterhin die kirchlich tätigen Schwestern in der Mehrheit (Hackmann 2020).

Nach dem Zweiten Weltkrieg konnten die meisten Schwesternverbände unverändert weiterarbeiten, hatten jedoch den internationalen Anschluss an die Weiterentwicklung des Pflegeberufs verpasst. Erst mit der Formulierung von Anforderungen an die Pflegeausbildung durch die Europäische Gemeinschaft, dem Vorläufer der heutigen **Europäischen Union**, fand in den 1970er-Jahren eine allmähliche Annäherung an internationale Entwicklungen statt. Die Europäische Union ist ein Staatenverbund von 27 europäischen Ländern (Stand 2024) und regelt u. a. verbindliche Mindestvorgaben für die pflegerische Erstausbildung.

4.2.5 Ausbildungen heute, Weiterbildungen und Studiengänge

Das **Pflegeberufegesetz** (CE1, 1.1.2) regelt die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann und löst das Krankenpflege- und Altenpflegegesetz ab. Die generalisierte Pflegeausbildung entspricht den europäischen Vorgaben, die möglichen Spezialisierungen in der Altenpflege und der Gesundheits- und Kin-

derkrankenpflege sind jedoch nicht EU-weit anerkannt. Die lebensphasenbezogenen Ausbildungen zur Pflege von Kindern und alten Menschen sind international als Erstausbildung nicht üblich und die erforderlichen Kompetenzen werden eher in Weiterbildungen vermittelt. Auch die berufsschulische Ausbildung nach 10 Jahren Allgemeinbildung ist eher eine Ausnahme sowohl in Europa als auch international.

Das Pflegeberufegesetz regelt ebenfalls die Möglichkeit der hochschulischen Ausbildung, die zum Ab-

schluss als Pflegefachfrau und Pflegefachmann und zu einem ersten akademischen Grad (Bachelor) führt. Der Bachelorabschluss berechtigt in der Regel zum Masterstudium und ist ebenfalls EU-weit anerkannt.

Die 2-jährigen Ausbildungen zur **Pflegeassistenz** und einjährige **Helferausbildungen** regeln die Bundesländer. Eine bundeseinheitliche Regelung für eine 18-monatige Pflegeassistentenausbildung wird zurzeit diskutiert.

Tab. 4.1 Gesetzliche Regelungen zur Krankenpflegeausbildung (Kruse 1995; Bundesgesetzblatt 2003a, 2018)

Jahr	Inhalt
1906	Bundesratsbeschluss zur Prüfung von Krankenpflegepersonen, 1907 preußischer Erlass, es folgten 1908 Württemberg, Hessen, Lippe, Hamburg, 1909 Bremen, Sachsen; nach und nach auch die anderen Länder
1938	erstes reichsweit gültiges Krankenpflegegesetz, nationalsozialistisch geprägt, 1 ½ Jahre Ausbildung, mindestens 200 Std. Theorie
1957	Westdeutschland: Begriffe „Krankenschwester, Krankenpfleger“; 2 Jahre Lehrgang, dann Prüfung, Berufserlaubnis nach einem weiteren Jahr Praktikum; Kinderkrankenpflege einbezogen
1966	Westdeutschland: 3 Jahre Ausbildung, Erhöhung der Theoriestunden auf 1200 Std.
1985	Westdeutschland: Erhöhung der Theoriestunden auf 1600 Std.
2003	Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“, Erhöhung der Theoriestunden auf 2100 Std.; Experimentierklausel erlaubt Kooperationen mit der Altenpflegeausbildung und mit Hochschulen
2017	Pflegeberufegesetz mit Zusammenführung der Pflegefachberufe und neue Berufsbezeichnung: Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Tab. 4.2 Gesetzliche Regelungen zur Altenpflegeausbildung (Cappell 1996; Bundesgesetzblatt 2003b, 2018)

Jahr	Inhalt
Ende der 1960er-Jahre	erste Regelungen in Nordrhein-Westfalen, andere Bundesländer folgen
2002/2003	bundeseinheitliche Regelung (Altenpflegegesetz) mit Berufsbezeichnung „Altenpfleger/in“, 3 Jahre Ausbildung, 2100 Theoriestunden; Kooperationen mit der Krankenpflegeausbildung und Hochschulen möglich
2017	innerhalb des Pflegeberufegesetzes Spezialisierung auf die Altenpflege möglich

Tab. 4.3 Gesetzliche Regelungen zur Kinderkrankenpflegeausbildung (Wolff, Wolff 2019; Bundesgesetzblatt 2003a, 2018)

Jahr	Inhalt
1917	einjährige Ausbildung mit obligatorischer Prüfung in Preußen
1923	2-jährige Ausbildung: 200 Theoriestunden, staatliche Prüfung, ab 1930 reichseinheitlich geregelt
1938	Gesetz zur Neuordnung der Krankenpflege: Säuglings- und Kinderschwester
1957	Westdeutschland: Begriff „Kinderkrankenschwester“; 2 Jahre Lehrgang, dann Prüfung, Berufserlaubnis nach einem weiteren Jahr Praktikum
1966	Westdeutschland: 3 Jahre Ausbildung, Erhöhung der Theoriestunden auf 1200 Std.
1985	Westdeutschland: Erhöhung der Theoriestunden auf 1600 Std.
2003	Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“, Erhöhung der Theoriestunden auf 2100; gemeinsame Inhalte mit der Krankenpflegeausbildung, Kooperation mit Hochschulen möglich
2017	innerhalb des Pflegeberufegesetzes Spezialisierung auf die Kinderkrankenpflege möglich

Ebenfalls auf Bundesländerebene sind verschiedene **Weiterbildungen** geregelt, z. B.:

- Weiterbildungen zu Leitungsfunktionen wie Stationsleitung, Wohn- und Bereichsleitung, Pflegedienstleitung
- fachliche Weiterbildungen wie Anästhesie, Operationspflege, Intensivpflege, Onkologie, Psychiatrie

Diese werden zwar nach Landesrecht durchgeführt, die Abschlüsse sind jedoch bundesweit anerkannt. Um die bisher wenig koordinierte Entwicklung zu vereinheitlichen, hat der **Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR)** (www.bildungsrat-pflege.de) eine Empfehlung zur Musterweiterbildungsordnung vorgelegt (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2020). Der Bildungsrat ist ein Expertengremium, das sich mit allen Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen befasst. Es wurde 1993 durch verschiedene Berufsverbände begründet.

Für die **Weiterbildung zum Praxisanleiter** gelten bundesweite Vorgaben. Der § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe sieht 300 Theoriestunden vor (Bundesgesetzblatt 2018).

Für viele Leitungsfunktionen und für die Tätigkeit als Lehrer oder Lehrerin in der Pflegeausbildung ist ein **Studium** erforderlich. Sowohl Pflegemanagement als auch Pflegepädagogik oder Berufspädagogik können in Deutschland auf Bachelor- und Masterebene studiert werden. Auch ist an einigen Universitäten eine Promotion (Doktor oder PhD) möglich.

Recherchieren Sie, welche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen in Ihrem Bundesland angeboten werden.

4.3 Professionelle Pflege abgrenzen

Unter professioneller Pflege versteht man die Pflege durch speziell ausgebildete Menschen, die die Pflege berufsmäßig ausüben. Auf internationaler Ebene hat der Weltbund der Pflegenden, der **International Council of Nurses (ICN)** (Zusammenschluss von ca. 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege), die professionelle Pflege definiert.

Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie von Gruppen und sozialen Gemein-

schaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2021)

Fassen Sie in 3 kurzen Sätzen die zentralen Aussagen dieser Pflegedefinition zusammen.

4.3.1 Pflege mit Angehörigen und im interprofessionellen Team

Professionelle Pflege erfordert die enge Zusammenarbeit mit anderen. An erster Stelle sind hier die **Angehörigen** der zu pflegenden Menschen zu nennen. Insbesondere in der ambulanten Pflege (**Abb. 4.8**), in der Pflege in Pflegeheimen und in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen übernehmen Angehörige große Teile der Pflege. Das deutsche Pflegeversicherungsgesetz bezeichnet diese Angehörigen ohne pflegerische Ausbildung als Pflegepersonen (Bundesgesetzblatt 1994). Der international übliche Begriff für die Angehörigenpflege oder Laienpflege ist die **informelle Pflege**.

Die Zusammenarbeit zwischen formeller und informeller Pflege unterscheidet sich in den verschiedenen Settings.



Abb. 4.8 Angehörige unterstützt pflegebedürftige Person beim Essen

Während bei beatmeten Patienten auf der Intensivstation eines Krankenhauses die Angehörigen wenige Stunden am Bett sitzen, ist es in der ambulanten Pflege die formelle Pflege, die nur für kurze Zeit ins Haus kommt.

► Setting

Rollen in der ambulanten Pflege

In der ambulanten Pflege hat der Pflegebedürftige das Hausrecht. Zu einem gewissen Teil ist die Pflegefachperson des ambulanten Dienstes hier Gast. Da der Einblick in den privaten Haushalt sensibel ist, ist die ambulant tätige Pflegefachperson besonders verschwiegen und einfühlsam.

Es bedarf immer wieder sorgfältiger Aushandlungsprozesse zwischen dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen und der professionell Pflegenden des Pflegedienstes. Auch bei der Anleitung von Auszubildenden sind die Angehörigen und ihre Interessen mit zu berücksichtigen.

Besonders in der ambulanten Kinderkrankenpflege reflektiert die Pflegefachperson ihre Rolle innerhalb der Familie immer wieder.

Neben den Angehörigen ist es auch das **interprofessionelle Team**, in dem professionell Pflegenden agieren (CE1, 2.2.1).

Die pflegerischen Aufgaben haben sich im Laufe der Geschichte verändert. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Hauswirtschaft selbstverständlich zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen gehörte, werden die Mahlzeiten heute in der Krankenhausküche gekocht. Das Versorgen von Schnittblumen, die Aufbereitung von Glasspritzen und Kanülen, das Wiederaufbereiten von Blasenkatetern (auskochen), das Aufrollen von gewaschenen Verbänden waren bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts ebenfalls Aufgaben von Pflegefachpersonen, werden heute aber von anderen Berufen übernommen.

Insbesondere im Bereich Hauswirtschaft besteht für die professionelle Pflege weiter die Anforderung, Aufgaben konkret abzugrenzen, wie das folgende Beispiel zeigt.

► Setting

Pflege und Hauswirtschaft im Altenheim

Seit etwa 2 Jahrzehnten wird im Altenheimbau das Konzept der Hausgemeinschaften umgesetzt. Das bedeutet, dass sich auf einer Etage 10 bis 20 Einzelzimmer um einen zentralen Bereich gruppieren, der als Wohnzimmer genutzt wird und dem eine offene Küche angeschlossen ist. Die Heimbewohner werden in die täglichen Arbeiten der Essenszubereitung einbezogen, die Koordination übernimmt eine Präsenzperson, die in der Regel über eine hauswirtschaftliche Ausbildung verfügt.

Muss Bewohnern beim Essen geholfen werden, unterstützt je nach Schwierigkeitsgrad eine Person aus der Pflege. So ist es bei einer Bewohnerin mit Schluckschwierigkeiten erforderlich, dass eine Pflegefachperson die Unterstützung übernimmt. Ein Bewohner mit einer Demenz, der vergisst, den Löffel zu nehmen, kann auch von der Präsenzperson assistiert werden.

Die Mitarbeit an der Konzeption der Versorgung im neu gebauten Altenheim dagegen übernimmt eher die akademisch qualifizierte Pflegefachperson.

4.3.2 Akademisierung der Pflege

Im internationalen Vergleich ist die **Akademisierung der Pflegeberufe** in den USA, in Großbritannien und in den skandinavischen Ländern erheblich früher gestartet als in Deutschland (CE1, 4.4.2).

Li und Finja tauschen sich über Finjas Wunsch aus, im Anschluss an ihre Ausbildung Pflegewissenschaft zu studieren. Im Zentrum ihres Interesses stehen die Fragen, wie Menschen am besten versorgt werden und wie Abläufe pflegerischen Handelns in Pflegeeinrichtungen bestmöglich organisiert werden. Sie hat sich auch mit den Inhalten eines Pflegemanagementstudiums beschäftigt, BWL und Management interessieren sie aber weniger.

In der DDR (1949–1990) wurden Pflegestudiengänge bereits seit den 1960er-Jahren angeboten. Diese bezogen sich auf Leitungs- und Lehrtätigkeiten. In Deutschland entstanden nach der Wiedervereinigung 1990 in fast allen Bundesländern **pflegebezogene Studiengänge**, in die sich Pflegefachpersonen einschreiben können. Seit 2004 gilt das auch für Berufseinsteiger ohne vorausgehende Pflegeausbildung.

Die Studiengänge sind gestuft und werden sowohl an Fachhochschulen (Hochschulen für angewandte Wissenschaften) als auch an Universitäten durchgeführt:

- berufsqualifizierende Bachelorstudiengänge – seit 2004 als Modellstudiengänge für die hochschulische Erstausbildung, seit 2020 als Kombination mit der Berufszulassung Pflegefachfrau/Pflegefachmann möglich
- Bachelorstudiengänge für ausgebildete Pflegefachpersonen mit den Schwerpunkten Pflegepraxis, Pflegemanagement und Pflegebildung
- Masterstudiengänge für Bachelorabsolventen ebenfalls mit den Schwerpunkten Pflegepraxis, Pflegemanagement und Pflegebildung
- Doktorandenkollegs und PhD-Programme (internationaler Doktorgrad) an einigen Universitäten

► Merke

Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen können das Anforderungsprofil **Pflegeexpertin/ Pflegeexperte APN – Advanced Practice Nurse** innehaben. In diesem Schwerpunkt der Pflegepraxis setzen sie wissenschaftsbasierte Maßnahmen im interdisziplinären Versorgungskontext um und übernehmen erweiterte pflegerische Aufgaben.

Vor Einführung der Studiengänge konnten Pflegefachpersonen, die Pflege studieren wollten, sich in Deutschland lediglich in andere Fächer einschreiben und dann versuchen, pflegebezogene Schwerpunkte zu setzen. Etliche der Pionierinnen der Pflegewissenschaft in Deutschland sind diesen Weg gegangen, andere haben Pflege im Ausland studiert.

4.3.3 Berufspolitik: Berufsverbände, Gewerkschaften, Pflegekammern

Um die Interessen der Berufsgruppe zu vertreten und damit auch die Interessen der zu Pflegenden, sind politische Aktivitäten unabdingbar. Zur pflegerischen Interessenvertretung zählen Berufsverbände, Gewerkschaften sowie Pflegekammern.

Berufsverbände

In Deutschland gibt es eine Reihe von Berufsverbänden, in denen sich Pflegefachpersonen engagieren. Die

wichtigsten von ihnen haben sich 1998 zum **Deutschen Pflegerat e. V.** (<http://deutscher-pflegerat.de>) zusammengeschlossen (Abb. 4.9). Im Jahr 2024 gehören 18 Mitgliedsverbände zum Deutschen Pflegerat e. V., u. a. folgende traditionsreiche Verbände:

- **Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V. (ADS)** – einzelne dieser Verbände gehen auf das 19. Jahrhundert zurück (www.ads-pflege.de, Abb. 4.9)
- **Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)** – 1907 als Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands gegründet (www.dbfk.de, Abb. 4.9)
- **Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V.** – geht ebenfalls auf das 19. Jahrhundert zurück (www.rotkreuzschwestern.de)

Berufsverbände bringen sich in politische Prozesse ein, z. B. in die Neuordnung der pflegerischen Ausbildung oder in die Debatte um Personaluntergrenzen in Krankenhäusern, und sind sowohl regional als auch auf der Bundesebene in der Gesundheitspolitik aktiv. Mitglieder zahlen einen Mitgliedsbeitrag. Sie bekommen aktuelle berufspolitische Informationen, werden beraten und sind zum Teil berufshaftpflicht- und rechtschutzversichert. Weitere Vorteile sind die Vernetzungsmöglichkeiten sowie die vergünstigte Teilnahme an Fortbildungen und Kongressen.

Gewerkschaften

Gewerkschaften vertreten abhängig beschäftigte Arbeitnehmer in ihren Interessen gegenüber den Arbeitgebern. Mitglieder zahlen einen Mitgliedsbeitrag und finanzieren so die Aktivitäten. Gewerkschaften schließen mit Arbeitgebern überregionale **Tarifverträge** und handeln die Arbeitsbedingungen und Gehälter aus. Hervorgegangen aus der Arbeiterbewegung des 19. Jahrhunderts sind sie bis heute in Deutschland besonders stark in der Industrie etabliert.

Große Gewerkschaften können aufgrund ihrer hohen Mitgliederzahl längere Arbeitskämpfe führen und bessere Tarifverträge durchsetzen. Eine große Gewerkschaft, die die Interessen der beruflich Pflegenden vertritt, ist die **Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di** (<https://pflege.verdi.de>, Abb. 4.10).



Abb. 4.9 Logo Deutscher Pflegerat e. V., Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V. (ADS), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)



Abb. 4.10 Logo Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Für den Pflegeberuf gab es im Laufe des 20. Jahrhunderts einige Gewerkschaften, die heute nicht mehr bestehen. Mit dem **BochumerBund** (www.bochumerbund.de, Abb. 4.11) existiert seit 2020 wieder eine Vereinigung, die speziell die Pflegeberufe vertritt.



Abb. 4.11 Logo BochumerBund

Pflegekammern

Pflegekammern sind die Selbstverwaltungsorgane der beruflich Pflegenden auf Bundesländerebene. Als Körperschaften öffentlichen Rechts nehmen sie für den Staat die Interessen der Bevölkerung wahr. Ziel von Pflegekammern ist die Sicherstellung der sachgerechten Pflege der Bevölkerung. Pflegekammern haben in Deutschland eine junge Geschichte: Die Pflegekammer in Rheinland-Pfalz wurde aufgrund des Heilberufegesetzes (2014) des Landes Rheinland-Pfalz im Jahr 2015 gegründet und ist die älteste Pflegekammer. Die Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen wurde 2022 gegründet. Die Mehrzahl der Bundesländer hat noch keine Pflegekammern. Die **Bundespflegekammer**, gegründet 2019, dient der Vernetzung der Länderpflegekammern und gibt einen Überblick über den aktuellen Stand (<https://bundespflegekammer.de>, Abb. 4.12).



Abb. 4.12 Logo Bundespflegekammer

Typische **Aufgaben der Pflegekammern** sind:

- ethische Leitlinien festlegen, die für die Berufsausübung verpflichtend sind
- berufsqualifizierende Prüfungen überwachen
- Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme zertifizieren
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sicherstellen

Da alle Pflegefachpersonen zur Mitgliedschaft verpflichtet sind und mit ihren Mitgliedsbeiträgen die Kammern mitfinanzieren, können die Pflegekammern politische Entwicklungen gut vorantreiben und die Interessen ihrer Mitglieder wahrnehmen.

Berufsverbände und Gewerkschaften sind auch für Auszubildende interessant, da sie häufig spezielle Angebote für angehende Berufsangehörige vorhalten und die Höhe der Mitgliedsbeiträge der Auszubildenden angepasst ist.

Recherchieren Sie, ob es in dem Bundesland, in dem Sie die Ausbildung machen, eine Pflegekammer gibt, wie der Stand der Diskussion ist und wie die Pflegekammer ggf. arbeitet.

4.4 Pflege als Wissenschaft verstehen

Finja hält den wissenschaftlichen Hintergrund für unheimlich interessant. Daraus entstand auch ihr Wunsch, Pflegewissenschaft zu studieren. Am Anfang ihrer Ausbildung war ihr, wie Li, nicht bewusst, dass Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft direkt in der Pflegepraxis umgesetzt werden. Seitdem sie sich über die wissenschaftliche Verankerung der Pflegeprofession informiert hat, kann sie ihre Berufspraxis ganz anders reflektieren. Das hilft ihr auch in den Reflexionsgesprächen in der Berufsschule und mit ihrer Praxisanleitung. Dies erzählt sie Li, der nun ganz gespannt ist, mehr darüber zu erfahren.

4.4.1 Gegenstand der Pflegewissenschaft

Was verbinden Sie mit dem Begriff „Wissenschaft“? Notieren Sie 5 Wörter, die Ihnen einfallen. Tauschen Sie sich aus.

Wissenschaft erklärt bisher Unbekanntes, untersucht Zusammenhänge, erweitert bereits bestehendes Wissen und vermittelt das erforschte Wissen. Durch Wissenschaft

werden damit neue Erkenntnisse erschaffen; bestehendes Wissen wird gesichert, ergänzt, überprüft und ggf. korrigiert.

Das Produkt der Wissenschaft ist also Wissen, das als gesichert bewertet wird. Somit produziert Wissenschaft das Gegenteil von „Fake News“. Das durch Wissenschaft geschaffene Wissen ist als wahr anzunehmen. Gleichzeitig sind Wissenschaft und Forschung eng verknüpft, denn mittels Forschung wird wissenschaftlich gesichertes Wissen hervorgebracht. Das bedeutet: Ohne Forschung gibt es keine Wissenschaft.

Wissenschaft findet immer in einem bestimmten Bereich statt, sodass sich verschiedene Wissenschaftsbereiche ergeben. Die einzelnen Wissenschaftsdisziplinen stehen dabei im Austausch mit ihren **Bezugswissenschaften**. Diese ermöglichen, das eigene Wissen zu erweitern und mit dem Wissen aus anderen Wissenschaftsbereichen zu verknüpfen.

► Merke

„Wissenschaft schafft Wissen.“

Der wissenschaftliche Bezugsrahmen der professionellen Pflege ist die **Pflegewissenschaft**. Bezugswissenschaften sind z. B. die Medizin, Gesundheitswissenschaften, Soziologie und Ethik sowie die Naturwissenschaften und Psychologie.

Die Säulen der Pflegewissenschaft zeigt [Abb. 4.13: Pflegeforschung, Pflegetheorie\(-bildung\), Pflegelehre](#).

Pflegewissenschaft ist eine empirisch orientierte Sozial- und Humanwissenschaft. Mit Blick auf die

Grundlagenforschung beschäftigt sich die Pflegewissenschaft mit der (Weiter-)Entwicklung ihrer begrifflich-theoretischen und methodischen Grundlagen. Im Hinblick auf die angewandte Forschung interessieren v. a. Fragen der Intervention, d. h. der Veränderung (Verbesserung) von Pflegesituationen mithilfe pflegerischer Maßnahmen.

(Brandenburg et al. 2021, S. 94)

Daraus ergibt sich:

- Die Pflegewissenschaft stellt gesichertes Wissen für die Pflegeprofession bereit. Nur so ist es möglich, den Pflegeberuf auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse auszuführen. Hier zeigt sich einerseits die Abgrenzung von der Laienpflege, andererseits wird deutlich, warum man von der „Profession Pflege“ spricht.
- Pflegewissenschaft und Pflegeforschung arbeiten zusammen. Die Forschung generiert im Auftrag der Pflegewissenschaft neue Erkenntnisse oder sie aktualisiert bestehendes Wissen zum Pflegeberuf. In der Pflegeforschung ist auch die Entwicklung von Pflegetheorien zu verorten.
- Pflegewissenschaft umfasst die komplette professionelle Pflege. Sie beschäftigt sich nicht nur mit der Pflegepraxis, sondern auch mit dem Pflegemanagement, der Pflegelehre und der Pflegeforschung.

Pflegephänomene

Die Pflegewissenschaft beleuchtet sogenannte **Pflegephänomene**. Das sind gesundheitsbezogene Ereignisse, die in der Pflege (gehäuft) vorkommen und pflegerisches Handeln erfordern, z. B. Bewegungsarmut. Pflegenden müssen bei den zu Pflegenden die verschiedenen Pflegephänomene wahrnehmen, um entsprechend professionell reagieren zu können. Professionell

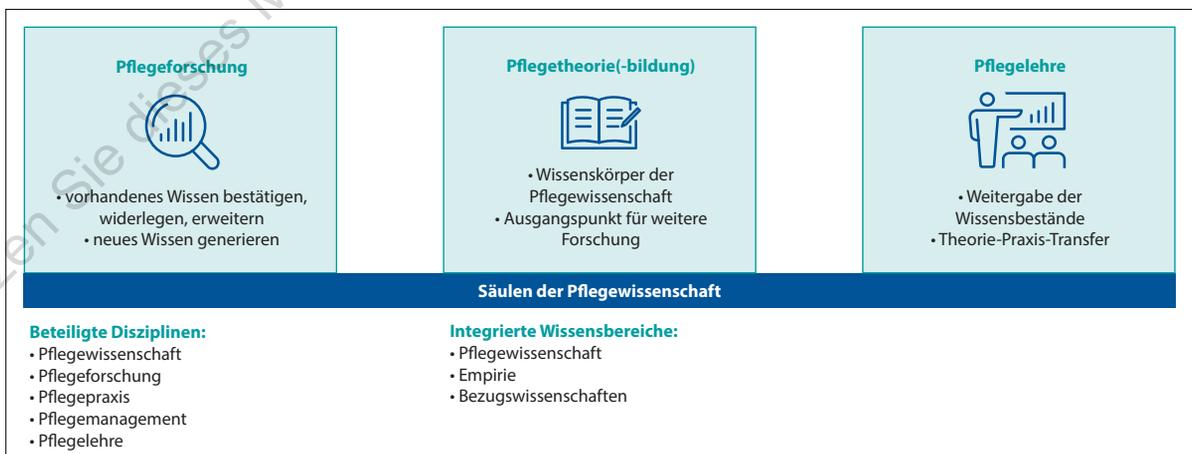


Abb. 4.13 Säulen der Pflegewissenschaft

Pflegende haben mit steigender Berufserfahrung ein geschultes Auge, um Pflegephänomene als solche identifizieren zu können (CE1, 5.2.2).

Ziel der Pflegewissenschaft ist, die Phänomene zu identifizieren und neue Pflegemaßnahmen zu entwickeln oder bestehende Pflegemaßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen bzw. sie zu verbessern. So wird eine wissenschaftliche Grundlage für pflegerisches Handeln geschaffen und die Qualität der Pflege gesichert bzw. gesteigert. Bei der Ergreifung von Pflegephänomenen stützt sich die Pflegewissenschaft auf das eigene Wissen und auf Erkenntnisse der Bezugswissenschaften.

Beispiele für Pflegephänomene sind:

- Inkontinenz (CE2, 2.10.1)
- Hinlauftendenz (CE11, 2.2.1)
- Nahrungsverweigerung (CE2, 4.3.4)
- Schmerz (CE5, 2.4.1)
- Angst (CE11, 3.1.1)
- Bewegungsarmut (CE2, 1.2.3)

Welche weiteren Pflegephänomene sind Ihnen bereits in der Pflegepraxis begegnet? Nennen Sie 3.

Empirie

Professionell Pflegende beziehen sich bei ihren praktischen Tätigkeiten nicht nur auf wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern sie handeln auch nach ihrem Erfahrungsschatz. Mit voranschreitender Berufserfahrung wächst das Erfahrungswissen, das sogenannte **empirische Wissen**, stetig. Ein fester Bestandteil der Pflegewissenschaft ist demnach die **Empirie**.

Praxiswissenschaft

Eine weitere Besonderheit der Pflegewissenschaft ist, dass sie als eine sogenannte **Praxis- oder Handlungswissenschaft** angesehen wird. Zentrales Element der Pflegewissenschaft ist die Pflegepraxis, denn hier wird der Gegenstand der Pflege, z. B. anhand von Pflegephänomenen, erkennbar und es wird neues Pflegewissen durch praktische Tätigkeiten entwickelt. Es besteht ein grundsätzlicher Zusammenhang von Pflegewissenschaft und -praxis. Ohne die Pflegepraxis könnte die Pflegewissenschaft nicht existieren.

► Merke

Andere Wissenschaftsbereiche, z. B. die Mathematik, sind rein theoretisch und benötigen kein praktisches Handlungsfeld für ihre Existenz. Praxiswissenschaften sind immer mit einem Handlungsfeld verbunden, das die Inhalte hervorbringt.

4.4.2 Entwicklung der Pflegewissenschaft verstehen

Für eine Projektarbeit zur Organisation der Pflege im internationalen Vergleich recherchiert Li nicht nur im Internet, sondern sieht sich auch thematisch passende Dokumentationen an oder hört entsprechende Podcasts. So stößt er auf einen Bericht über die Pflege in den Vereinigten Staaten und stellt fest, dass dort Praxis und Wissenschaft vermeintlich viel enger zusammenarbeiten als in Deutschland. Er fragt sich, wie es wohl zu diesem Unterschied gekommen ist.

Recherchieren Sie einzeln für ein Land Ihrer Wahl die Aus- und Weiterbildungsstrukturen in Pflegeberufen. Recherchieren Sie ebenfalls, welche Verantwortungsbereiche die zu Pflegenden übernehmen. Vergleichen Sie in der Gruppe die Ergebnisse zu den verschiedenen Ländern und zum deutschen System.

Im Vergleich zu Wissenschaftsbereichen wie der Mathematik oder Medizin, die schon zu Zeiten von Aristoteles (384–322 v. Chr.) existierten, ist die Pflegewissenschaft mit ihren Anfängen um circa 1856 ein vergleichsweise „junger“ Wissenschaftsbereich. Als Begründerin der Pflegewissenschaft gilt **Florence Nightingale**, auch bekannt als „Lady with the Lamp“ (Abb. 4.14). Die britische Krankenschwester pflegte zur Zeit des Krimkriegs verletzte Soldaten und verschriftlichte ihre pflegerischen Erfahrungen. Die daraus entstandenen „Notes on Nursing“ zeigen sowohl Missstände der pflegerischen Versorgung als auch Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflegequalität auf. Mit den Aufzeichnungen von Florence Nightingale wurde der Grundstein der Pflegewissenschaft gelegt. Sie gelten als die erste Pflegetheorie.

► Tipp

Film „Lady with the Lamp“ über das Leben und Wirken von Florence Nightingale:
www.youtube.com/watch?v=rSkVlku2zh0

Nightingale definierte Pflege als „helfende Hand zur Unterstützung der natürlichen Heilung“ (Meleis 2015, S. 17) und sah Umgebungsfaktoren wie Frischluft, Ruhe, Licht und Sauberkeit als sehr bedeutsam für diesen Prozess an. Dieses Pflegeverständnis prägte zunächst die pflegerische Ausbildung, wurde dann aber vom biomedizinischen Modell abgelöst (CE4, 1.1.1). Die Pflege war mit diesen Erkenntnissen nun problemorientiert ausgerichtet. Damit veränderte sich der Verantwortungsbereich der Pflege, sodass z. B. die Durchführung ärztlicher Anordnungen in den Arbeitsalltag der Pflege Einzug fanden.



Abb. 4.14 Florence Nightingale – „Lady with the Lamp“

Hier wird deutlich, dass Fortschritte in der Medizin oft zu Aktualisierungsbedarf des Pflegewissens führen. Die Entwicklung der Pflegewissenschaft sollte immer im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen der Pflegepraxis und den jeweiligen Ausbildungsmöglichkeiten sowie dem Wissensstand der Bezugswissenschaften interpretiert werden.

Vergleichen Sie Nightingales Verständnis von Pflege aus dem 19. Jahrhundert mit Ihrem eigenen aus dem 21. Jahrhundert. Gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede?

► Merke

Vermutlich gab es nach den Erkenntnissen von Nightingale weitere pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, die jedoch nicht als solche gewertet wurden, da die Pflege lange als ein Teil der Medizin angesehen wurde. In diesem Zusammenhang wird auch von „weiblicher Pflege“ und „männlicher Wissenschaft“ gesprochen. Frauen waren lange nicht zum Universitätsstudium zugelassen und der Zugang zur Wissenschaft blieb ihnen verwehrt. Ihre Erkenntnisse konnten nicht publiziert werden, während studierende Männer wissenschaftliche Ergebnisse verschriftlichen und veröffentlichen konnten.

Internationale Entwicklungsphasen

Die internationale Entwicklung der Pflegewissenschaft verläuft – auch heute noch – sehr heterogen. Dies lässt sich sowohl auf die Unterschiede in der Wissenschaftstradition als auch auf die verschiedenen Gesundheitssysteme der einzelnen Länder zurückführen. Während die Pflege z. B. in Deutschland erst Anfang des 20. Jahrhunderts zu einem Ausbildungsberuf wurde, gab es in den USA etwa zur gleichen Zeit bereits einen universitären Lehrstuhl für Pflege (Abb. 4.15):

- 1907 wurde Mary Adelaide Nutting die erste Professorin für Gesundheits- und Krankenpflege in New York. In dieser Zeit wurde vorwiegend die praktische Arbeit in der Pflege fokussiert. Meleis, eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin, bezeichnet diese Zeit auch als erste Phase, die „**Praxisphase**“, der amerikanischen Pflegewissenschaft (Meleis 2015). Zudem beschreibt sie insgesamt 5 weitere Phasen der Entwicklung der Pflegewissenschaft.
- In den 1920er- bis Anfang der 1950er-Jahre erfährt die Pflegeausbildung in einer zweiten Phase einen Aufschwung. In dieser „**Ausbildungs- und**

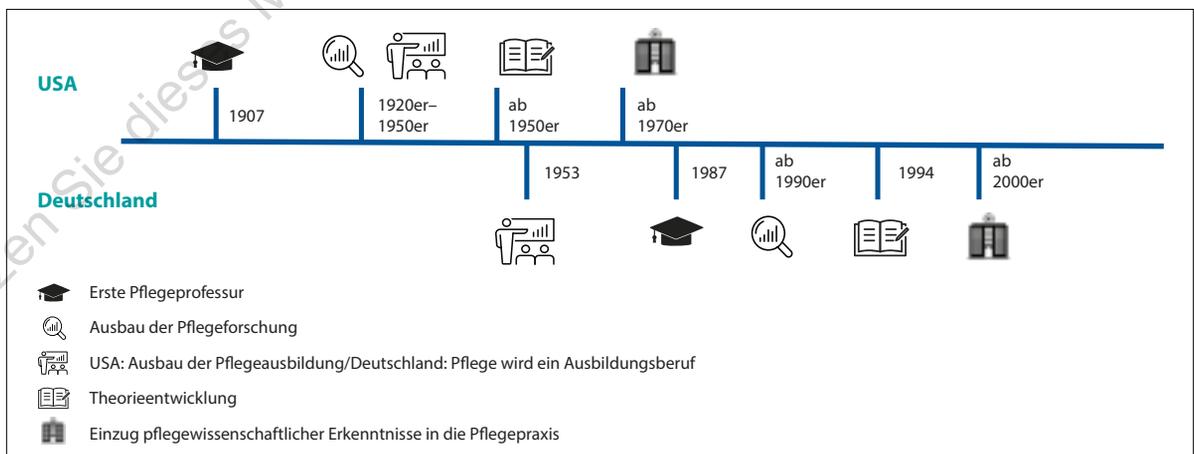


Abb. 4.15 Entwicklung der Pflegewissenschaft

Managementphase“ werden erstmals berufsspezifische Lehrpläne mit wissenschaftlicher Fundierung entwickelt.

- Die sich anschließende **„Forschungsphase“** zeichnet sich durch die Gründung von Berufsverbänden aus, die das Ziel verfolgten, die Pflegewissenschaft durch Pflegeforschung zu fördern. Die Forschung wird ausgebaut, sodass die junge Wissenschaftsdisziplin schon bald auf diverse Forschungsergebnisse zurückgreifen kann, die mittels Pflegeforschungskonferenzen publik gemacht werden.
- Es folgen die **„Theorie- und Philosophiephasen“** ab den 1950er-Jahren (Phase 4 und 5). Amerikanische Pflegewissenschaftlerinnen begannen diverse Theorien und Modelle zu entwickeln. Dazu wurden ab den 1960er-Jahren die Pflegenden selbst immer mehr in die wissenschaftliche Arbeit integriert.
- Mit der **„Integrationsphase“** werden die Forschungsergebnisse ab den 1970er-Jahren immer mehr in die Pflegepraxis integriert. Die klinische Forschung wird in dieser sechsten Phase weiter ausgebaut und die Pflegepraxis wird immer mehr mit der Pflegewissenschaft verbunden. Aus dieser Zeit entwickelte sich der Anspruch einer evidenzbasierten Pflege (CE1, 4.6.1).

Entwicklung in Deutschland

Im Vergleich mit der Entwicklung der Pflegewissenschaft in den USA steckt die deutsche Pflegewissenschaft weiter in den Kinderschuhen. Es sind folgende Meilensteine zu verzeichnen:

- Die erste akademische **Pflegeausbildung** wurde 1953 im Westen des seinerzeit geteilten Deutschlands in Heidelberg in einer Modellschule nach amerikanischem Vorbild umgesetzt.
- Die **Pflegewissenschaft** etablierte sich ab den 1960er-Jahren zunächst nur in der damaligen DDR durch die erstmalige Möglichkeit eines Pflegestudiums.
- Anfang der 1980er-Jahre fand die Pflegewissenschaft dann auch Einzug in den Westen Deutschlands. Erste Projekte mit Fokus auf die Ausbildung von Pflegenden wurden pflegewissenschaftlich begleitet. Weitere Projekte werden seitdem von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert.
- 1987 wurde Ruth Schrock als erste Professorin im Bereich Pflege- und Sozialwissenschaft in Deutschland an die Fachhochschule Osnabrück berufen.
- 1998 gab es 40 Pflegestudiengänge auf Bundesebene, heute sind es über 60.

- Mit zunehmender Entwicklung der Pflegewissenschaft wird ab Beginn der 1990er-Jahre auch die Pflegeforschung ausgebaut. Erste Theoriekongresse finden Ende der 1990er-Jahre statt – mit dem Bestreben, auf internationaler Ebene mitzuwirken.
- Monika Krohwinkel veröffentlicht 1994 ihre „Theorie der fördernden Prozesspflege“ (CE9, 1.6.2). Das internationale Bestreben, die theoretische Ausrichtung der Pflegewissenschaft zu überwinden, spiegelt sich in diesem praxisnahen Modell wider.
- Mit dem Ziel, die Professionalisierung der Pflege in Deutschland voranzutreiben, wird der erste Expertenstandard im Jahr 2000 durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP; CE1, 4.6.2) veröffentlicht. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert seit 2004 verschiedene Projekte der Pflegewissenschaft, sodass die Pflegewissenschaft und -forschung nun auch politische Unterstützung erfahren.
- Parallel zu diesen Entwicklungen gründeten sich der Deutsche Pflegerat (DPR), Pflegekammern in einzelnen Bundesländern, Pflegefachgesellschaften sowie Berufsverbände (CE1, 4.3.3).

Vorbehalte gegenüber Pflegewissenschaft

Die im Vergleich langsame Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland wird in der Pflegepraxis oft skeptisch beobachtet. Die Notwendigkeit der Pflegewissenschaft wird hinterfragt und Ängste vor studierten Pflegenden häufen sich mit zunehmender Akademisierung der Pflege. Doch nur wenn die eigene Praxis kritisch beleuchtet und anhand von unabhängigem, eigenem Wissen überprüft wird, ist es möglich, die Pflege als selbstständige Profession gleichberechtigt neben der Medizin zu festigen. Dabei geht es nicht darum, die gesamte Disziplin der Pflegepraxis zu akademisieren, sondern wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln zu etablieren. Herausforderungen wie der demografische Wandel bei gleichzeitig knappen Ressourcen in der pflegerischen und medizinischen Versorgung, die zunehmende Migration und andere Entwicklungen machen es unabdingbar, auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückzugreifen. Die Zusammenarbeit der Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und Pflegepraxis ist demnach unbedingt notwendig – es gilt, den Spalt zwischen Theorie und Praxis zu überwinden.

Sammeln Sie Ideen, wie der Spalt zwischen Pflegepraxis und -theorie überwunden werden kann.

4.4.3 Pflge-theorien kennen

Als Praxisaufgabe soll Finja in ihrem derzeitigen Praxiseinsatz eine ihr bekannte Pflge-theorie in der Pflge-praxis anwenden. Sie wählt Peplaus Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflge und versucht, künftig ihre Rollen als Pflgende situationsspezifisch zu analysieren. Es dauert ein paar Tage, bis sie feststellt, dass die so komplex erscheinende Theorie sich doch relativ einfach auf ihre praktische Tätigkeit übertragen lässt. Vorher hat sie gedacht, dass Pflge-theorie nur etwas ist, was im Lehrbuch steht. Nun empfindet sie es als hilfreich, sich mittels der Theorie selbst reflektieren zu können.

Die Pflgewissenschaft widmet sich der Aufgabe zu erklären, was Pflge ist, wie Pflge handelt und welche Ziele durch Pflge verfolgt werden. Dabei bedient sich die Pflgewissenschaft einschlägiger Modelle, Theorien und Konzepte (Abb. 4.16).

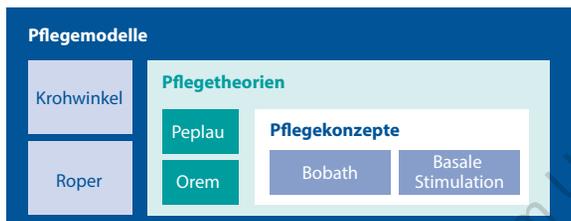


Abb. 4.16 Zusammenhang von Pflgemodellen, -theorien und -konzepten mit Beispielen

Theorien

Die Theoriebildung ist ein fester Bestandteil der Pflgewissenschaft, sodass ihr eine große Bedeutung zukommt. Im Allgemeinen dienen **Theorien** dazu, Sachverhalte zu erklären. Sehr bekannt sind z. B. die Relativitätstheorie von Einstein oder die Verschwörungstheorie „Flat Earth“. Durch ein System von Aussagen sollen Fragen, Probleme, Situationen usw. durch die Theorie erklärt werden. Dabei ist eine Theorie als vorläufig anzusehen.

Eine Pflge-theorie dient dazu, Pflgephanomene und -handeln zu erklären und zu begründen. Dabei beinhalten Pflge-theorien zwar nur einen begrenzten Ausschnitt der gesamten Pflgewelt und sie treffen nur Aussagen zu bestimmten Pflgephanomenen, dennoch trägt die Theoriebildung wesentlich zur Professionalisierung der Pflge bei.

Orem (1971) beschreibt z. B. in der **Selbstpflgedefizit-Theorie**, dass professionelle Pflge immer dann

notwendig wird, wenn ein Ungleichgewicht zwischen dem Selbstpflgebedarf und der Selbstpflgekompetenz besteht, das durch eine Laienpflge, z. B. durch Angehörige, nicht ausgeglichen werden kann. Kann z. B. eine alleinerziehende Mutter nach einem schweren Unfall ihres Kindes aufgrund von eigenem Schock und Angst vor Blut und Spritzen dessen Pflge nicht übernehmen, bedarf es professioneller Pflge (bis sich der Zustand des Kindes verbessert oder die Mutter (Anteile der) Pflge übernehmen kann).

Modelle

Einen höheren Abstraktionsgrad bieten Pflgemodelle, die allgemeine Aussagen über die Pflgewelt enthalten. **Modelle** stellen die Wirklichkeit also abstrakter dar. Der Blickwinkel von Modellen ist weiter als der von Theorien. Modelle beinhalten weniger spezifische Ansichten, dafür werden unterschiedliche Perspektiven auf einen Sachverhalt vereinfacht dargestellt.

Das **Pflgeprozessmodell** (CE1, 5.1) zeigt z. B. auf, in welchen Phasen Pflge verläuft. Dabei beschreibt das Pflgeprozessmodell nicht die konkrete Pflge, sondern nur ihren allgemeinen Ablauf. Indem das Modell in der Pflge-praxis angewandt wird, können spezifische Aussagen gemacht werden. Individuelle Pflgeprobleme, Pflgeziele und daraus resultierende Maßnahmen werden je nach zu pflgender Person und Situation festgelegt, z. B. eine tägliche Hautinspektion in der Leistengegend, um Wundsein bei Harninkontinenz frühzeitig zu erkennen. Das Modell des Pflgeprozesses ist also abstrakt und wird nur in seiner Anwendung konkret.

Konzepte

Als kleinste Bausteine von Modellen und Theorien gibt es Pflegekonzepte. **Pflegekonzepte** beinhalten konkrete Handlungsempfehlungen für die Pflge-praxis und sind damit nicht generalisiert anwendbar. Das Pflgehandeln wird in Konzepten genau beschrieben, sodass sie sich gut in die Pflge-praxis übertragen lassen.

Laut **Bobath-Konzept** (CE7, 1.4.2) sollen Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben, alle Tätigkeiten über die hemiplegische bzw. „mehr betroffene“ Seite ausführen, um diese Seite zu fördern. Dazu wird z. B. der Nachtschrank an die Bettseite der eingeschränkten Körperseite gestellt. Das Bobath-Konzept ist für Menschen mit neurologischen Erkrankungen entwickelt worden und somit sehr spezifisch.

Tab. 4.4 Beispiele zu Pflegetheorien und -modellen

Autor/Autorin	Reichweite	Titel und Inhalt (kurz)	Zuordnung
Marie-Luise Friedemann	groß	Theorie des systemischen Gleichgewichts (CE4, 4.1.2): Das Metaparadigma (siehe unten) wird um die Komponenten Familie und Familiengesundheit ergänzt. Jedes System davon strebt nach Stabilität, Spiritualität, Wachstum sowie Regulation/Kontrolle. Pflege soll dazu beitragen, dass diese Ziele erfüllt werden können und bestmöglich kongruent sind.	Bedürfnistheorie
Madeleine Leininger	groß	Theorie der transkulturellen Pflege (CE9, 2.1.1): Pflegehandlungen müssen stets an die kulturelle Prägung eines Individuums und an sein soziales Umfeld angepasst werden.	humanistische Theorie
Hildegard Peplau	groß	Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege (CE11, 1.4.1): Die Phasen des Beziehungsaufbaus in einer Pflegebeziehung und die verschiedenen Rollen professionell Pflegender werden dargestellt.	interaktionistische Theorie
Callista Roy	groß	Adaptionstheorie: Der Mensch wird als anpassungsfähig (= adaptiv) verstanden. Er muss stetig auf Reize wie Krankheit reagieren, je nach Adaptionsniveau gelingt ihm dies gut oder weniger gut. Zur Adaption stehen verschiedene Bewältigungsressourcen zur Verfügung, die angeboren oder erworben sein können. Professionelle Pflege kann den Menschen bei der Bewältigung von Reizen unterstützen. Das Ergebnis zeigt sich anhand des hergestellten Adaptionsniveaus.	Pflegeergebnistheorie
Juliet Corbin, Anselm L. Strauss	mittel	Trajekt-Modell (CE8, 2.1.1): Durch eine Krankheitsverlaufskurve soll der (voraussichtliche) Verlauf einer chronischen Krankheit in seinen Stadien und Phasen abgebildet werden, sodass vorausschauend und individuell auf die verschiedenen Krankheitsphasen reagiert werden kann.	humanistische Theorie
Monika Krohwinkel	mittel	Bedürfnismodell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL)/Modell der fördernden Prozesspflege (CE9, 1.6.2): Pflege wird notwendig, wenn die ABEDL eingeschränkt sind und soll dazu beitragen, die Gesundheit zu fördern.	Bedürfnistheorie/-modell
Dorothea Orem	mittel	Selbstpflegedefizit-Theorie (CE2, 2.3.1): Jeder Mensch hat das Grundbedürfnis, sich selbst zu pflegen. Dieses kann durch Krankheit oder andere Gegebenheiten eingeschränkt werden, sodass ein Selbstpflegedefizit entsteht. Hier setzt Pflege an.	Bedürfnistheorie

Entwicklung und Reichweite

Amerikanische Pflegewissenschaftlerinnen begannen in den 1960er-/1970er-Jahren Theorien, Modelle und Konzepte zu entwickeln. Dabei sollte die Frage „Was ist Pflege?“ beantwortet werden, um den Gegenstandsbereich der Pflege zu definieren und damit die Pflegewissenschaft als eigenständigen Wissenschaftsbereich zu etablieren. Zugleich wurde ein verbessertes Ausbildungsniveau in der Pflege gefordert, sodass auch curriculare Gründe zum sogenannten „Theorieboom“ in dieser Zeit führten. Die daraus entstandenen Theorien wurden zunächst genutzt, um die Curricula (Lehrpläne) für die Pflegeausbildung und -studiengänge zu struk-

turieren. Die Pflegewissenschaftlerinnen der sogenannten ersten Generation verfolgten das Ziel, die „eine“ Einheitstheorie für die Pflege zu entwickeln, an der sich die gesamte Pflege orientieren könne. So entstanden zunächst Pflegetheorien mit einer großen **Reichweite**, die sogenannten „Grand Theories“.

Reichweite meint den Abstraktionsgrad und die daraus resultierende Übertragbarkeit einer Pflegetheorie auf die Pflegepraxis. Je größer die Reichweite, desto globaler und weniger konkret ist der Blick auf die Pflege. Andersherum bedeutet dies: Je geringer die Reichweite einer Theorie ist, desto spezifischer und

eben näher an der Pflegepraxis sind ihre Inhalte (Schröck 1996):

- Theorien mit **großer Reichweite** sind sehr abstrakt (Tab. 4.4). Sie streben danach, alle Aspekte der Pflege zu greifen, gehen dabei aber nicht spezifisch auf einzelne Pflegephänomene ein. Dementsprechend werden sie als übergeordnete Theorien betrachtet, die zwar umfassend, aber eben weit weg von der tatsächlichen Pflegepraxis sind. Theorien großer Reichweite durch praktische Pflegeforschung zu überprüfen, ist nur schwer bis gar nicht möglich.
- Theorien **mittlerer Reichweite** werden aus den „Grand Theories“ abgeleitet. Sie bilden Teilaspekte ab und sind konkreter und genauer (Tab. 4.4). Sogenannte „middle-range theories“ sind leichter auf die Pflegepraxis zu übertragen und durch Forschung zu überprüfen.
- Mikrotheorie ist ein Synonym für Theorien **geringer Reichweite**. Diese „narrow-scope theories“ beziehen sich meist nur auf einzelne Phänomene der Pflegepraxis und enthalten konkrete Handlungsanweisungen. Sie eignen sich deshalb dafür, Theorien mit einer größeren Reichweite praktisch zu überprüfen. Ein Beispiel ist das Konzept der basalen Stimulation (CE2, 2.4.3).

Die 1980er- und 1990er-Jahre waren die Zeit der zweiten Generation amerikanischer Pflegeetheoretikerinnen. In Deutschland begann zu dieser Zeit die Entwicklung der Pflegewissenschaft. Ziel war, die schon bestehenden Theorien der ersten Generation zu ordnen. Sogenannte Metatheoretikerinnen teilten die vorhandenen Theorien in Kategorien ein, sodass daraus bestimmte Typologien entstanden. Die daraus entstandene geläufigste Klassifizierung – auch in Deutschland – ist die Unterteilung in Bedürfnistheorien, Pflegeergebnistheorien, interaktionistische und humanistische Pflegeetheorien.

Die **Bedürfnistheorien** betrachten sowohl die Bedürfnisse eines Menschen als auch vorhandene Probleme, die es zu lösen gilt. Bedürfnistheorien setzen hier an und beinhalten Ideen, um die Bedürfnisse bzw. Defizite zu erfassen und zu bewältigen.

► Merke

Orientiert am **ABEDL-Modell** (Krohwinkel) gibt es 13 Bereiche, die menschliche Bedürfnisse abbilden. Pflegenden können auf Grundlage dieser Überlegungen ihre Pflege individuell an den Bedürfnissen einer zu pflegenden Person ausrichten und diese somit erfüllen.

Im Mittelpunkt **interaktionistischer Theorien** stehen zwischenmenschliche Beziehungen. Die Beziehungsgestaltung zwischen zu pflegender und pflegender Person sowie deren Umgebung wird fokussiert. Ziele einer Pflegebeziehung und Möglichkeiten diese zu erreichen werden beschrieben.

► Merke

Nach der **Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege** (Peplau) benötigt gute Pflege immer eine gelingende Beziehung zwischen pflegenden Personen und zu pflegendem Menschen, in der die pflegende Person mehrere Rollen einnehmen muss. Sollte eine Pflegeperson diesem Anspruch nicht gerecht werden, so kann auch die Pflege nicht bestmöglich erfolgen.

Humanistische Pflegeetheorien sind auf einzelne Pflegephänomene oder Teilaspekte der Pflege ausgerichtet. Sie beziehen sich meist auf eine Gruppe von Menschen mit einem gemeinsamen Merkmal, z. B. Menschen mit Sehbeeinträchtigung. **Humanismus** bedeutet, dass Freiheit und Selbstverwirklichung des Menschen im Fokus stehen. Pflegephänomene und -handlungen sollen nach diesen Grundsätzen analysiert oder eben auf die Theorie abgestimmt werden können.

► Merke

Nach der **Theorie der transkulturellen Pflege** (Leininger) bedarf jeder Mensch einer individuellen, kulturspezifischen Fürsorge, die sein Wohlbefinden fördert und seine Krankheitsbewältigung prägt. Um Freiheit und Selbstverwirklichung erreichen zu können, hat jeder Mensch – entsprechend seiner kulturellen Prägung – dazu individuelle Strategien. Die Theorie sagt aus, dass erfolgreiche Pflege zu der Kultur, der die betroffene Person angehört, passen muss. Das Verhalten von zu Pflegenden lässt sich so hinsichtlich ihrer kulturellen Prägung begründen.

So ist Herr Müller davon überzeugt, dass ihm die Rinderkraftbrühe seiner Mutter bei Krankheit gut hilft, während Frau Larsson viel frische Luft in der Natur benötigt, um sich wohlfühlen.

Die Grundannahme von **Pflegeergebnistheorien** ist die Salutogenese (CE4, 1.1.1): Nicht Krankheit sollte kompensiert werden, sondern Gesundheit und Wohlbefinden gefördert. Pflegeergebnistheorien betrachten das Ergebnis und die Qualität von Pflegehandlungen. Sie begründen, warum Pflege stattfindet.

Pflegeergebnistheorien können sich auf verschiedene Ebenen beziehen, z. B. auf die Ebene der zu pflegenden Menschen oder die Pflegeorganisation.

► **Merke**

In der **Adaptionstheorie** von Roy wird beschrieben, dass der Mensch, als adaptives Wesen, ständig auf Reize wie Krankheit reagieren muss. Roy fokussiert dabei das Ergebnis dieser Reaktion – gelingt es dem Menschen gut oder weniger gut auf den Reiz zu reagieren? Es wird eruiert, inwiefern eine Adaption der Reize, z. B. durch Unterstützung professioneller Pflege, gelingt.

Metaparadigma

Jaqueline Fawcett gehört ebenfalls der zweiten Generation von Pflegewissenschaftlerinnen an. Sie veröffentlichte mit ihrem Buch „Pflegetheorien im Überblick“ (1996) das sogenannte **Metaparadigma der Pflege** (Abb. 4.17). Dies ermöglicht es, Pflegewissen abstrakt zu betrachten und die Pflegewissenschaft von anderen Disziplinen abzugrenzen. Das Metaparadigma ist als eine Art Rahmen gedacht, der das Pflegewissen als solches kennzeichnet und das Aufgabenfeld der pflegewissenschaftlichen Disziplin zusammenfasst. Zudem enthält das Metaparadigma die Forderung, dass Theorien immer neutral und somit international gültig sein müssen. Es kann somit als „übergeordnete“ Theorie gesehen werden, die universell anwendbar ist.

Das Metaparadigma definiert, welche Aspekte es in einer Pflegetheorie zu berücksichtigen gilt. Es umfasst die relevantesten Phänomene der Pflege, die in den 4 Bausteinen zusammengefasst werden:

- **Mensch:** zu pflegende Person, beteiligte Angehörige und/oder Gruppen
- **Umgebung:** soziales Netzwerk, Umwelt der zu pflegenden Person und Rahmenbedingungen der Pflege
- **Gesundheit:** aktuelle Gesundheitssituation der zu pflegenden Person – von völliger Gesundheit bis zu unheilbarer Krankheit/Sterben
- **Pflege:** alle Pflegehandlungen im Rahmen eines Pflegeprozesses – von der Informationssammlung/Anamnese bis hin zu Pflegeergebnissen (CE1, 5)

Diese Komponenten werden in der Pflegetheorie immer in Bezug zueinander gesetzt, sind also niemals einzeln zu betrachten. Beispielsweise können der Mensch und seine Gesundheit im Rahmen der Pflege nie getrennt voneinander oder getrennt von der Um-

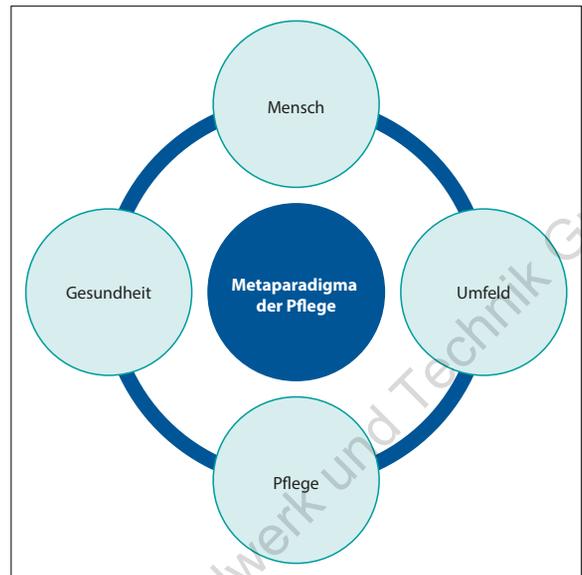


Abb. 4.17 Metaparadigma der Pflege

gebung des Menschen betrachtet werden. Pflegetheorien werden durch das Metaparadigma als solche identifiziert, wenn sie die 4 Bausteine berücksichtigen und abbilden. Das Metaparadigma bildet die Grundlage für sämtliche Pflegetheorien, es gibt jedoch keinerlei Anweisungen für die Interpretation der einzelnen Aspekte. Ein Vergleich der Theorien wird somit möglich.

Folgen der Theorieentwicklung

Der Professionalisierungsprozess in der Pflege wurde mit dem „Theorieboom“ als wissenschaftliche Grundlage angestoßen. Durch den Einzug pflegewissenschaftlicher Studiengänge an Hochschulen und Universitäten etabliert sich die Pflegewissenschaft international zunehmend als **Wissenschaftsdisziplin**. Diese Akademisierung bildet den Grundstein für die Pflegebildung und Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Disziplin der Pflege. Damit gewinnt auch die Pflegeforschung an Bedeutung. Während derzeit kaum noch Theorien entwickelt werden, wurde inzwischen eine Vielzahl an Studien in der Pflege durchgeführt. Die Pflegetheorie orientiert sich stärker an der Pflegepraxis als zu ihren Anfängen und gibt konkrete Handlungsempfehlungen für diese.

4.5 Pflege erforschen

Neue Forschungsmethoden und entsprechend auch neue Erkenntnisse führen dazu, dass Wissen veraltet. Dies gilt auch für pflegerisches Fachwissen.

► Merke

Pflegefachpersonen sind angehalten, ihr eigenes Wissen kontinuierlich zu prüfen, neues Wissen zu erwerben, aber auch durch Pflegeforschung neues Wissen zu generieren.

Welche Themen zur Pflegeforschung fallen Ihnen, ganz allgemein, ein? Erklären Sie, warum es Ihnen wichtig scheint, zu diesen Themen zu forschen.

Pflegeforschung dient dazu, Wissen zu erweitern und bisherige Erkenntnisse zu aktualisieren. Durch Pflegeforschung wird neues Wissen erzeugt, das in der Pflegepraxis Anwendung findet. So wird es Pflegenden möglich, nach aktuellem Wissensstand zu pflegen und sich von der Laienpflege abzugrenzen.

Die Pflegewissenschaftlerin **Angelika Zegelin** untersuchte in einer Studie, auf welche Art und Weise Menschen bettlägerig werden und ob sich Ursachen und Formen von Bettlägerigkeit unterscheiden lassen (Zegelin 2013). Dazu führte sie 32 Interviews mit als „bettlägerig“ bezeichneten Menschen in der stationären Langzeitpflege und der häuslichen Pflege und wertete diese aus. Dadurch konnte sie 5 Phasen herausarbeiten, welche die Entstehung von Bettlägerigkeit charakterisieren (CE2, 1.2.3). Den Pflegenden in der Praxis wird es somit möglich, das Phänomen der Bettlägerigkeit als vermeidbare Komplikation und als „rehabilitierbar“ zu erkennen und die Forschungsergebnisse in ihre tägliche Pflegearbeit einzubinden.

Die Studie von Zegelin zeigt das Prinzip und den Nutzen von Pflegeforschung: Die Ergebnisse lassen sich auf die Praxis übertragen, sodass dem Pflegephänomen Bettlägerigkeit bzw. einer drohenden Bettlägerigkeit vorbeugend und nach aktuellem Wissensstand begegnet werden kann.

Weil die Pflegeforschung Pflegephänomene untersucht, wird sie der **empirischen Sozialforschung** zugeordnet: Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem Erfahrungswissen von Pflegenden werden Praxissituationen beleuchtet. Für diese wird das jeweilige pflegerische Vorgehen als effizient und anwendbar bestätigt – oder eben widerlegt. Zudem

wird die Pflegequalität des untersuchten Themas bewertet.

4.5.1 Ziele der Pflegeforschung

Pflegeforschung verfolgt das Ziel, Wissen in der professionellen Pflege zu erweitern und zu aktualisieren. Dies bedeutet, dass

- evidenzbasiertes Pflegewissen als Grundlage einer qualitativ hochwertigen Pflege erschaffen und erneuert wird;
- Pflegeforschung die einzelnen Bereiche der Pflegeprofession miteinander verbindet;
- die Distanz zwischen Theorie und Praxis reduziert wird, sodass professionell Pflegende in der Praxis wissenschaftlich fundiert arbeiten können;
- Zusammenhänge des komplexen Pflegealltags identifiziert, beschrieben und mittels Pflegeforschung untersucht werden;
- Pflegephänomene erklärt und teilweise zu erwartende Pflegephänomene vorhergesagt werden, wodurch professionell Pflegende transparent und nachvollziehbar handeln können.

Die fundierte Wissensgrundlage, die durch Pflegeforschung geschaffen wird, ermöglicht es der Pflege, ständig wachsenden Herausforderungen zu begegnen.

4.5.2 Forschungsethik

Der Anspruch, die Qualität pflegerischer Arbeit zu sichern und den Pflegeberuf weiter zu professionalisieren, erfordert einen **Forschungsethos**, eine ethische Grundlage, die bei der Durchführung einer Forschung von den Forschenden berücksichtigt wird. Der Forschungsethos in der Pflege wird u. a. mit dem ICN-Ethikkodex und der Deklaration von Helsinki definiert wird.

Im **ICN-Ethikkodex** (International Council of Nurses 2021; CE1, 3.5.1) wird gefordert, dass Pflegeforschung in unmittelbarer Verbindung mit der Pflegepraxis und -bildung erfolgen soll. Pflegende sollen aktiv am Forschungsgeschehen teilnehmen, während Lehrende neue Forschungsergebnisse im Rahmen kompetenzorientierter Lehre kontinuierlich zu vermitteln haben. Nur so kann das Pflegewissen aktiv in die Pflegepraxis eingebunden werden und evidenzbasierte Pflege stattfinden. Im ICN-Ethikkodex wird weiterhin beschrieben, dass Forschung eine ethische Verantwortung mit sich bringt, die es von allen Beteiligten umzusetzen gilt. Führungspersonen haben dies zu unterstützen.

Die **Deklaration von Helsinki** (Weltärztebund 2013) beschreibt ethische Richtlinien der Forschung – ursprünglich für den medizinischen Bereich. Inzwischen gilt sie auch für Forschungsvorhaben in anderen Gesundheitsberufen, z. B. in der Pflege. Die Deklaration fordert z. B. eine verpflichtende Einwilligung von Personen, die an Forschungsprojekten teilnehmen. Dadurch sollen nicht einwilligungsfähige Menschen geschützt werden. Auch ist medizinische Forschung im Vorfeld durch eine unabhängige Ethikkommission zu genehmigen. Diese hat u. a. darauf zu achten, dass das Wohlergehen der an der Forschung teilnehmenden Menschen dem wissenschaftlichen Interesse gegenüber überwiegt.

Würde, Rechte, Sicherheit und Wohlergehen aller Teilnehmenden an pflegerischen Forschungsprojekten müssen geschützt werden. Nennen Sie für alle Akteure relevante Aspekte, die beachtet und umgesetzt werden müssen, um die Einhaltung dieser Forderungen zu gewährleisten. Bedenken Sie dabei auch die Situation der ProbandInnen.

4.5.3 Bereiche der Pflegeforschung

Indem die Pflegeforschung die Pflegewissenschaft und -praxis verzahnt, integriert sie Themen aus beiden Bereichen und ist entsprechend abwechslungsreich.

Die Bereiche von Pflegeforschung lassen sich in 3 Ebenen unterteilen (Abb. 4.18):

- Auf der kleinsten Ebene, der **Mikroebene**, beschäftigt sich die Pflegeforschung mit der Pflegepraxis. Hier lassen sich Fragestellungen zur Organisation von Pflege in verschiedenen Einrichtungsarten, pflegerische Beziehungsgestaltung und Forschung zum Krankheitserleben verorten.
- Die mittlere oder **Mesoebene** von Pflegeforschung umfasst Anliegen zu klientenorientierten Organisationsformen (Pflegermanagement), z. B. das Entlassungs- oder Qualitätsmanagement, aber auch die Verbesserung der Dokumentation oder der Arbeitsbedingungen in der Pflege.
- Gesellschaftliche Strukturen pflegerischer Versorgung wie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation der Pflegebedürftigen lassen sich auf der **Makroebene**, der abstraktesten Ebene von Pflegeforschung, einordnen.

Für die deutschsprachige Pflegeforschung wurde im Jahr 2012 eine Forschungsagenda der professionellen Pflege veröffentlicht. Hier stehen Themen wie „Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege“, „Pflege von Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen

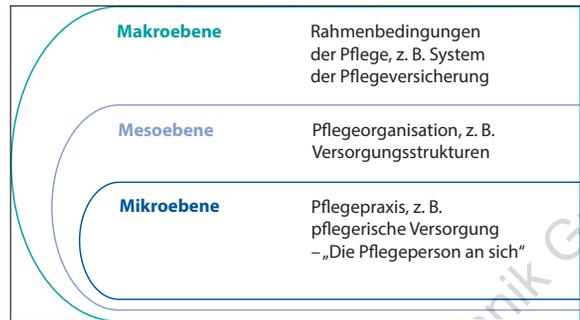


Abb. 4.18 Ebenen der Pflegeforschung

und Settings“, „Neue Technologien“ und „Pflegebildungsforschung“ im Vordergrund.

► Tipp

Agenda Pflegeforschung für Deutschland:
www.deutsche-digitale-bibliothek.de/item/XOP3Z37BLMSMN4VDTZTZMK3UPTQRYUNO

Nennen Sie Themen aus der Pflege, die Ihrer Meinung nach näher erforscht werden sollten. Ordnen Sie diese den Ebenen der Pflegeforschung zu.

4.5.4 Phasen des Forschungsprozesses

Forschung läuft nach einem bestimmten Schema ab, dem **Forschungsprozess**. Dieser skizziert den Ablauf einer jeden (Pflege-)Forschung und stellt eine Art „Fahrplan“ für die forschenden Personen dar.

Der Forschungsprozess dient der Qualitätssicherung. Indem die Forschenden die einzelnen Prozessschritte befolgen, sichern sie – in Kombination mit der sorgfältigen Dokumentation der Forschungsschritte – die wissenschaftliche Qualität. Der Forschungsprozess besteht aus 7 Schritten (Abb. 4.19).

1. Wissensgrundlagen schaffen und Problem

beschreiben: In diesem Schritt bereiten sich die Forschenden theoretisch vor. Sie ermitteln in einer umfassenden Literaturrecherche (CE5, 1.4) den aktuellen Forschungsstand zum Thema ihrer Forschung. Dann legen sie fest, welches Problem untersucht werden soll. So werden z. B. Wissensgrundlagen und Begriffe geklärt, das Thema eingegrenzt und Ideen zum weiteren Vorgehen erzeugt.

2. Studienziel festlegen und Forschungsfragen

formulieren: Jetzt legen die Forschenden fest, welches Ziel durch die Forschung erreicht werden soll. Sie formulieren, basierend auf dem ersten Schritt des Forschungsprozesses, erste

Forschungsfragen und entwickeln ein Konzept für ihr Vorgehen. Daraus ergibt sich die Auswahl des Forschungsansatzes.

- 3. Forschungshypothese formulieren:** Forschungsfragen dienen dazu, eine konkrete **Forschungshypothese**, also eine Behauptung, festzulegen. Was genau soll mit der Forschung untersucht werden? Auf Grundlage der Hypothese planen die Forschenden ihr Vorgehen und legen fest, wie mit der Forschung die Hypothese bewiesen oder widerlegt werden kann.
- 4. Forschungsdesign festlegen:** In diesem Schritt planen die Forschenden ihre Forschung. Mit dem Ziel, die Hypothese zu überprüfen, wählen sie die Forschungsmethode, die Stichprobe sowie die Art der Auswertung. Je nach Forschungsansatz werden die jeweiligen Gütekriterien reflektiert.
- 5. Untersuchen und Daten erheben:** Die Forschenden werden tätig und beginnen mit der geplanten Untersuchung.
- 6. Daten auswerten und Hypothese prüfen:** Die gewonnenen Daten werden nach der zuvor festgelegten Methode ausgewertet und aufbereitet. Dies kann z. B. in Form einer inhaltlichen Analyse oder einer statistischen Berechnung erfolgen. Die Forschenden überprüfen die Hypothese aus dem 3. Prozessschritt, dabei wird deutlich, ob die Hypothese zufriedenstellend widerlegt oder bestätigt werden kann.
- 7. Diskussion und Ausblick:** Im letzten Schritt wird das Ergebnis meist schriftlich diskutiert und in den Kontext des jeweiligen Themengebiets eingeordnet. Die Forschenden geben einen Ausblick auf das weitere Vorhaben, aber auch auf Grenzen ihrer Erkenntnisse, z. B. wenn die Stichprobe zu klein war, um die Ergebnisse zu verallgemeinern. Die Forschenden können z. B. empfehlen, anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiter zu forschen oder aber die Erkenntnisse in der Praxis zu nutzen. Mit Abschluss der Forschung können die Ergebnisse verbreitet, also publiziert werden.

4.5.5 Forschungsansätze und -methoden

Ergebnisse der Pflegeforschung, die in der Pflegepraxis angewandt werden sollen, müssen gesichert sein, ansonsten könnten sie sich negativ auf die Pflegequalität auswirken. Die Pflegepraxis ist also auf valide Forschungsergebnisse angewiesen. Diese aber können nur erzeugt werden, wenn Forschung wissenschaftlich korrekt und sorgfältig durchgeführt wird. Passend zum Forschungsbereich und -vorhaben ist zunächst ein **Forschungsansatz** zu wählen. Dabei legen die Forschenden fest, in welcher Art und Weise die geplante Untersuchung durchgeführt werden soll, um die Ergebnisse

für die (Pflege-)Praxis nutzbar zu machen. Es gibt den **quantitativen** und den **qualitativen Ansatz**. Diese unterscheiden sich in:

- Methoden
- Stichprobenwahl
- Gütekriterien

Der **Untersuchungsgegenstand**, also das „Thema“ der Forschung, ist wegweisend für die Entscheidung, welcher Ansatz gewählt wird.

Unter einer **Forschungsmethode** versteht man die Vorgehensweise oder Analysetechnik, die genutzt wird, um das Forschungsziel zu erreichen. Oft verwendete Methoden sind das Interview (qualitative Forschung) oder eine Zählung (quantitative Forschung).

Eine **Stichprobe** (englisch = „sampling“) umfasst die Personengruppe, die für das Forschungsvorhaben ausgewählt wird und die an der Forschung teilnimmt. Je nach Forschungsansatz unterscheidet sich die Stichprobenauswahl, z. B. in der Größe der Stichprobe, also der Anzahl teilnehmender Personen, oder in ihrem Auswahlverfahren, z. B. zufällig oder gezielt ausgewählte Personen.

Gütekriterien sind eine Zusammenstellung von Merkmalen, die dazu dienen, die Qualität von Forschung einzuschätzen. Die Gütekriterien sind wichtig für die Qualitätssicherung einer Forschung. Die Gütekriterien des qualitativen und quantitativen Ansatzes unterscheiden sich.

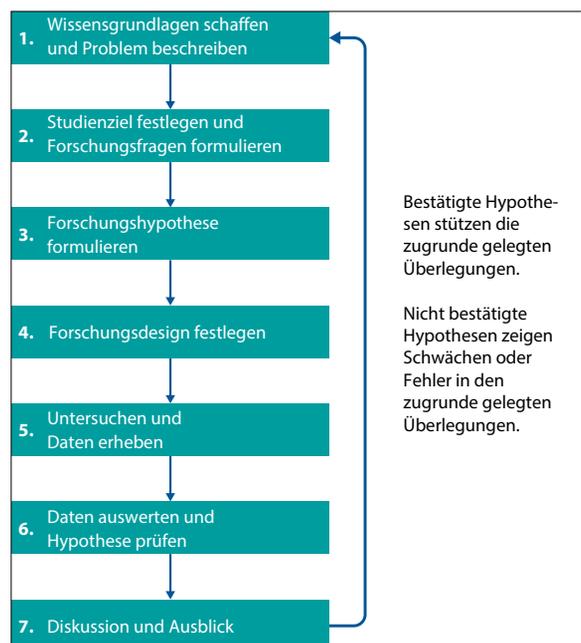


Abb. 4.19 Forschungsprozess

Um das Forschungsziel zu realisieren, wird der passende Forschungsansatz (quantitativ oder qualitativ) ausgewählt (Abb. 4.20). In Abhängigkeit davon werden die Methode, Stichprobe und Gütekriterien festgelegt.



Abb. 4.20 Quantitative und qualitative Merkmale von Forschungsdaten

Quantitativer Forschungsansatz

Der **quantitative Forschungsansatz** wird häufig in den Naturwissenschaften genutzt, denn die Forschungsdaten werden mithilfe der Statistik mathematisch ausgewertet. Für einen quantitativen Forschungsansatz wird eine konkrete Fragestellung benötigt. Diese ergibt

sich aus der Theorie, quantitative Forschung ist also **theoriegeleitet**.

Menschen über 80 Jahren haben z. B. ein erhöhtes Risiko, nach einem Krankenhausaufenthalt harninkontinent zu sein. Aus der Theorie weiß man, dass die Anspannung der Beckenbodenmuskulatur und des Sphinkters im Alter nachlassen und Menschen im Krankenhaus weniger mobil sind, also mitunter auch nicht zur Toilette gehen und dies verlernen können. Möchte man z. B. wissen, wie viele Menschen über 80 Jahren tatsächlich nach einem Krankenhausaufenthalt harninkontinent sind oder ob Frauen oder Männer häufiger betroffen sind, könnte man diese Fragestellung quantitativ untersuchen.

Dieses Vorgehen wird als **deduktiv** bezeichnet: Aus dem Wissen um das allgemeine Risiko einer Harninkontinenz wird konkret in Erfahrung gebracht, wie oft diese im Einzelfall eintritt. Im Beispiel könnte auch vor der Untersuchung die Hypothese aufgestellt werden, dass Frauen häufiger als Männer nach einem Krankenhausaufenthalt harninkontinent sind. Diese Hypothese könnte überprüft werden.

Merke

Die individuelle Situation einzelner Personen spielt in der quantitativen Forschung keine Rolle, sie liegt nicht im Interesse der Forschenden.

Forschungsmethoden und Stichprobe

Für den quantitativen Forschungsansatz eignen sich Methoden wie Experimente, Versuche und standardisierte, also genau vorgegebene Beobachtungs- oder Befragungsmethoden, z. B. eine Zählung oder ein Fragebogen, um objektive Daten zu erhalten. Dabei werden deutlich größere Stichproben benötigt als beim qualitativen Ansatz. Wie groß genau die Stichprobe sein sollte, hängt vom Forschungsvorhaben ab. Die Stichprobe sollte jedoch eher größer als kleiner sein, um ein möglichst **repräsentatives Ergebnis** zu erhalten. Dies ist der Fall, wenn durch die Stichprobe ein verkleinertes und unverzerrtes Abbild der **Grundgesamtheit** dargestellt werden kann. Im Beispiel zur Harninkontinenz bei über 80-jährigen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt müssten die Ergebnisse also für alle über 80-jährigen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt gelten. Hätte man in der Untersuchung aber z. B. nur Männer, nur Personen nach einem bestimmten medizinischen Eingriff oder nur sehr wenige Personen befragt, so wären die Ergebnisse mit Sicherheit nicht repräsentativ. Sie würden keinen Rückschluss auf die Gesamtheit aller über 80-jährigen Personen, die aus

einem Krankenhaus entlassen wurden, erlauben. Gilt die Stichprobe hingegen als repräsentativ, so haben die Aussagen über die untersuchte Teilmenge eine große Reichweite und gelten als universalisierend, also als für die Grundgesamtheit gültig.

Gütekriterien

Gütekriterien dienen als Maßstab zur Beurteilung der Qualität von Forschungsergebnissen. Folgende Gütekriterien weisen die Güte quantitativer Forschungsergebnisse nach:

Die **Validität** beschreibt die inhaltliche Gültigkeit der Forschungsergebnisse. Kann durch die Forschungsmethode genau das Phänomen untersucht werden, was untersucht werden soll?

Mit der **Reliabilität** wird die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der vorgenommenen Messungen untersucht. Könnte die Untersuchung erneut mit einer anderen Stichprobe durchgeführt werden und würden dieselben Ergebnisse erzeugt werden?

Objektivität meint die Unabhängigkeit der Untersuchung von der Person des Forschenden. Sind die forschenden Personen neutral, sodass ungewollte Einflüsse auf die Forschung vermieden wurden?

Qualitativer Forschungsansatz

Der **qualitative Forschungsansatz** wird meist in der Sozialforschung angewandt. Er ist durch einen offenen Zugang zum Forschungsgegenstand gekennzeichnet. Bisher noch unbekannte Phänomene sollen erforscht werden, sodass daraus Ideen für Theorien entstehen können. Mit dem qualitativen Forschungsansatz werden neue Hypothesen oder Fragestellungen für weitere Forschung entwickelt. Dieses Vorgehen wird als **induktiv** bezeichnet. In der qualitativen Forschung geht man davon aus, dass jeder Mensch der Experte seines Selbst ist und sich somit auch selbst am besten reflektieren und einschätzen kann. Diese Annahme bildet das Fundament des qualitativen Ansatzes, sodass die Forschenden meist die subjektive Sichtweise sozialer Phänomene betrachten.

Forschungsmethoden und Stichprobe

Für qualitative Forschung eignen sich Methoden wie Interviews, Einzelfallanalysen oder qualitative Beobachtungsmethoden, bei denen die Forschenden offen und ohne standardisierte bzw. vorgegebene (Beobachtungs-)Schemata das natürliche Lebensumfeld der zu untersuchenden Personen kennenlernen. Subjektive Sichtweisen können so am besten herausgearbeitet werden. Zu diesem Zweck werden meist kleine Stich-

proben gewählt, mitunter weniger als 10 Personen. Da das individuelle Erleben der teilnehmenden Personen fokussiert wird, muss die Stichprobe nicht repräsentativ sein. Im Umkehrschluss kann auch kein Rückschluss auf die Grundgesamtheit gezogen werden. In einer qualitativen Forschung könnte z. B. untersucht werden, welche Emotionen und Gefühlslagen eine Harninkontinenz bei den betroffenen Menschen auslöst und welche Konsequenzen daraus resultieren, da dieses Thema in den Forschungen bisher wenig Beachtung fand. Aus der Befragung weniger Personen können die Forschenden Hypothesen oder Theorien entwickeln. Ob diese für die Grundgesamtheit der an Harninkontinenz leidenden Menschen gültig sind, lässt sich durch den qualitativen Ansatz aber nicht sagen. Dazu wären die Hypothesen bzw. die entwickelte Theorie in einem quantitativen Ansatz zu testen. Die qualitative Forschung betrachtet also die **Subjektivität** weniger Personen. Die Forschungsergebnisse beziehen sich auf einen Einzelfall beziehungsweise eine Gruppe von Einzelfällen.

Gütekriterien

In der qualitativen Forschung wird durch folgende Gütekriterien sichergestellt, dass die forschende Person in ihrem Forschungsvorhaben nicht beeinflusst wird und die Ergebnisse der Forschung nach Abschluss nutzbar sind:

Transparenz meint eine sorgfältige Dokumentation des Forschungsprozesses durch die forschende Person, sodass außenstehende Personen diesen nachvollziehen können.

Intersubjektivität fordert, dass die Forschungsergebnisse für Außenstehende plausibel dargestellt werden.

Reichweite bedeutet, dass trotz kleiner Stichprobengröße verallgemeinernde Aussagen über die Forschungsergebnisse getroffen werden können.

4.6 Forschungsergebnisse in der Pflegepraxis nutzen

Li hat nach einigen Monaten Ausbildung den Eindruck, den wissenschaftlichen Teil der Pflegeprofession schon gut greifen zu können. Doch erscheint ihm der Bereich der Pflegewissenschaft und -forschung noch recht theoretisch. Er fragt seine Praxisanleiterin Mechthild, ob sie ihm helfen könne, die gedankliche Lücke zwischen Theorie und Praxis zu schließen. Diese lacht daraufhin und sagt: „Im

Prinzip musst du all das, was du in der Pflege machst, begründen können. Überleg dir einfach bei jedem Schritt, warum du das tust. Wenn du dich anschließend noch fragst, woher du das Wissen für diese Begründung ableitest, dann bist du dem Ganzen einen ganzen Schritt nähergekommen.“

Pflegewissenschaft, -forschung und -praxis sind eng verwoben. Ergebnisse der Pflegeforschung müssen für die Pflegepraxis nutzbar gemacht werden, damit das Arbeiten auf wissenschaftlicher Grundlage möglich wird.

4.6.1 Evidenzbasierte Pflege

Professionelle Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass die Pflegenden ihr Handeln stets an einer bestmöglichen Versorgung des zu pflegenden Menschen ausrichten. Die Entscheidung, wie im individuellen Fall gepflegt wird, ist auf Grundlage verschiedener Kriterien zu treffen: Einerseits bedienen sich Pflegefachpersonen an ihrem Erfahrungsschatz aus der Praxis, andererseits zeichnet sich professionelles Arbeiten dadurch aus, dass Pflegefachpersonen ihr Handeln wissenschaftlich begründen können. Man spricht von **evidenzbasierter Pflege** oder **Evidence-Based Nursing (EBN)**. Evidenzbasierte Pflege meint begründetes pflegerisches Handeln. Unterschieden werden die interne und die externe Evidenz:

Die **interne Evidenz** ist gegeben, wenn sich das Pflegehandeln anhand des erprobten Erfahrungswissens Pflegenden begründen lässt.

Die **externe Evidenz** meint das pflegerische Handeln auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse der (Pflege-)Wissenschaft und -forschung, z. B. durch Umsetzung der nationalen Expertenstandards.

In beiden Fällen erfolgt die Sicherung, Wiederherstellung oder Steigerung von Pflegequalität durch den Bezug auf die **Evidenz**, sodass professionelle, gute Pflege möglich wird und sich begründen lässt.

► Merke

Die interne Evidenz benötigt die externe Evidenz. Erst mit einer guten Grundlage an wissenschaftlich belegtem Wissen kann eine Pflegefachperson im individuellen Fall beurteilen, welche Pflegemaßnahmen sinnvoll sind. Ebenfalls von großer Bedeutung und gleichwertig zur internen und externen Evidenz sind die Vorstellungen von Pflege, die die zu Pflegenden haben (Abb. 4.21).

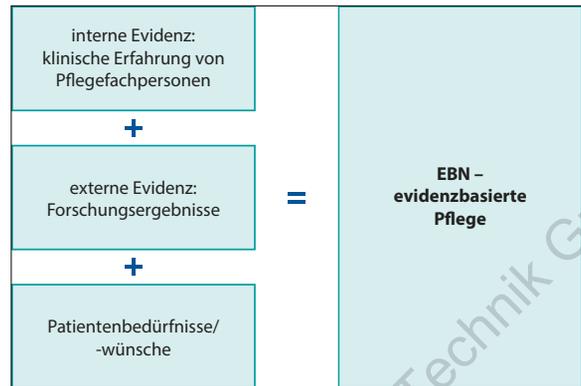


Abb. 4.21 Komponenten der evidenzbasierten Pflege

Evidenzbasierte Pflege verbindet demnach Pflegewissenschaft, -forschung und -praxis mit den individuellen Erwartungen und Wünschen der zu Pflegenden; evidenzbasiert zu pflegen, heißt professionell zu pflegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich ein Erfahrungsschatz an pflegerischem Wissen erst mit der Berufserfahrung aufbaut. Die Pflegepraxis ist darauf angewiesen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse für die Pflegepraxis nutzbar gemacht werden. Um evidenzbasiert zu pflegen, ist es notwendig:

- das eigene Pflegehandeln zu reflektieren
- sich stetig für die Umsetzung von EBN zu engagieren
- die Evidenz von Informationen einzuschätzen
- sich kontinuierlich aktuelles Wissen anzueignen

4.6.2 Expertenstandards

Expertenstandards legen Qualitätsanforderungen für die Behandlung bestimmter Pflegephänomene fest, daher sind sie eine Art Regelwerk für qualitativ hochwertige Pflege. Richten Pflegenden ihr Handeln nach den Expertenstandards aus, tragen sie zu einer guten Pflegequalität bei. Die Expertenstandards werden von Pflegeexperten für die Pflegepraxis entwickelt. Ihrer Arbeit liegt eine intensive Recherche der wissenschaftlichen Literatur zugrunde. Durch die Standards ist es möglich, alle Pflegefachpersonen auf nationaler Ebene zu einem Thema auf denselben Wissensstand zu bringen.

Das **Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege**, kurz **DNQP** (www.dnqp.de, Abb. 4.22), ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Pflegeexperten, die sich für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards einsetzen. Das DNQP hat sich zum Ziel gesetzt, die Pflegequalität in allen Einsatzfeldern der professionellen Pflege zu fördern.

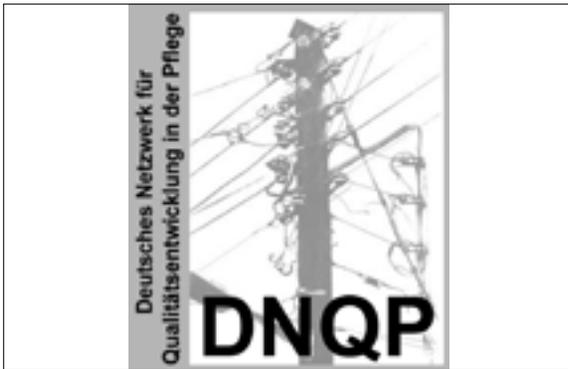


Abb. 4.22 Logo Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Die folgenden Expertenstandards sind beim DNQP verfügbar (Stand 2025):

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (CE2, 1.6)
- Entlassungsmanagement in der Pflege (CE5, 1.18)
- Schmerzmanagement in der Pflege (CE5, 2.3.1)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (CE2, 1.3)
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (CE2, 2.10)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (CE5, 6.8)
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (CE2, 4.1)
- Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (CE11, 2.1)
- Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (CE2, 2.4.3)
- Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege (CE2, 2.4.1)
- Förderung der physiologischen Geburt (CE10, 1.2.1)
- Erhaltung und Förderung der Mobilität (CE2, 1.1)

Bausteine der Expertenstandards

Der eigentliche Expertenstandard umfasst für jedes Thema nur eine Seite. Oft wird jedoch die gesamte Veröffentlichung des DNQP zum Expertenstandard als „Expertenstandard“ bezeichnet. Diese Veröffentlichungen sind jeweils ähnlich aufgebaut:

- 1. Entwicklung/Entstehung des Expertenstandards:** Vorstellung mitwirkender Pflegeexperten und -expertinnen
- 2. Präambel zum Expertenstandard:** Begriffsdefinition und thematische Eingrenzung, Zielgruppen (zu pflegende Menschen), anwendende Personen (Pflegefachpersonen)
- 3. Expertenstandard:** umfasst eine Seite, teilt die Inhalte ein in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien
- 4. Kommentierung der Standardkriterien:** erläutert die einzelnen Kriterien des Expertenstandards

5. Literaturanalyse: thematische Relevanz, Definitionen, Statistiken, Literaturauswahl und -inhalte, Evaluation des bisherigen Kenntnisstands

6. Fazit

7. Anhang: Auditinstrumente wie Fragebögen und Hinweise

Aufbau der Expertenstandards

Der einseitige „Kern“ des Expertenstandards umfasst:

- **Zielsetzung**, die mit der Anwendung des jeweiligen Expertenstandards erreicht werden soll

Der Expertenstandard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ verfolgt z. B. folgendes Ziel:

Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf bei der Durchführung der Mundpflege erhalten ihrem individuellen Bedarf und Bedürfnis entsprechende Unterstützung bei der Förderung der Mundgesundheit. Diese erfolgt mit dem Ziel, Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates, Entzündungen, unerwünschten Veränderungen oder Verletzungen von Mund und Mundschleimhaut sowie Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz vorzubeugen. Bei bestehenden Problemen soll zu einer Verbesserung der Mundgesundheit und der Funktionalität von Zähnen und Zahnersatz beigetragen oder eine weitere Verschlechterung verhindert werden.

(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2023, S. 27)

- **Begründung** der thematischen Relevanz des Themas

Die Begründung zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ lautet z. B.:

Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität konstituieren und beeinflussen. Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden sowie anderen Menschen in ihrem sozialen Umfeld erhalten und gefördert werden.

(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019a, S. 31)

- **Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien in mehreren Ebenen:**

Die **Strukturkriterien** beschreiben, welche strukturellen Bedingungen und Voraussetzungen notwendig sind, damit eine Einrichtung und die dort tätigen Pflegefachpersonen den jeweiligen Expertenstandard umsetzen können. Hier werden sowohl die Infrastruktur als auch fachliche, organisatorische und personelle Ressourcen einbezogen. Strukturkriterien im Expertenstandard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ sind z. B. seitens der Einrichtung die Bereitstellung von Material, um die Mundgesundheit einzuschätzen. Von der Pflegefachperson werden Kompetenzen erwartet, um zur Mundgesundheit informieren, aber sie auch durchführen zu können.

Die **Prozesskriterien** geben vor, welche Maßnahmen jeweils umzusetzen sind. Hier steht also das Handeln der Pflegefachperson im Mittelpunkt. Voraussetzung dafür ist, dass die Strukturkriterien erfüllt sind. Im Standard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ umfassen die Prozesskriterien z. B. die pflegerische Einschätzung des Unterstützungsbedarfs, aber auch die Überprüfung der Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen.

Die **Ergebniskriterien** beinhalten die Zielbeschreibung für die einzelnen Prozessschritte und können zur Evaluation, also zur Beurteilung der Qualität der Ergebnisse, genutzt werden. Den Ergebniskriterien im Standard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ ist z. B. zu entnehmen, dass durch korrekte Umsetzung des Standards, bei der zu pflegenden Person die Mundgesundheit aktuell eingeschätzt werden kann.

Entwicklung der Expertenstandards

Die Entwicklung von Expertenstandards erfordert ein sorgfältiges, wissenschaftliches Vorgehen. Daher nimmt die Erstellung eines neuen Expertenstandards mehrere Jahre in Anspruch. Der Weg von der Forschung bis zur Einführung in die Praxis umfasst 6 Schritte (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019b):

- 1. Themenfindung:** Akteure des Gesundheitswesens können jederzeit Themenvorschläge für weitere Expertenstandards beim DNQP einreichen. Die Vorschläge werden zunächst hinsichtlich ihrer Relevanz und Umsetzbarkeit geprüft.
- 2. Bildung einer unabhängigen Expertenarbeitsgruppe:** Nach Festlegung des Themas wird eine Expertenarbeitsgruppe mit 8–12 Mitgliedern aus Pflegepraxis und -wissenschaft sowie einem Vertreter der Patienten- oder Verbraucherverbände gebildet. Hierzu gibt es ein offizielles und offenes Bewerbungsverfahren.

3. Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs:

Die Expertenarbeitsgruppe erarbeitet einen Entwurf des Standards.

- 4. Konsensus-Konferenz:** Der Entwurf wird im Rahmen der sogenannten Konsensus-Konferenz der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Hier gibt es Raum für strukturierte Diskussionen. Zugleich sind schriftliche Stellungnahmen möglich. Eventuell notwendige Änderungen werden anschließend zwischen Expertenarbeitsgruppe, wissenschaftlichem Team und Lenkungsausschuss des DNQP besprochen, bevor der neue Expertenstandard veröffentlicht wird.

- 5. Modellhafte Implementierung:** Nun wird der Expertenstandard modellhaft in etwa 25 Einrichtungen eingeführt, erprobt und auf seine Umsetzbarkeit geprüft. Nach erfolgreichem Testdurchlauf wird der neue Expertenstandard in seiner Komplettversion veröffentlicht.

- 6. Aktualisierung des Expertenstandards:** Das Methodenpapier des DNQP sieht vor, Expertenstandards 5 Jahre nach ihrer abschließenden Veröffentlichung zu aktualisieren. Die 2. und weitere Aktualisierungen sind im Abstand von 7 Jahren vorgesehen.

Recherchieren Sie auf der DNQP-Webseite die Übersicht über die aktuell verfügbaren Expertenstandards und Projektberichte. Recherchieren Sie danach die Zielsetzung und Begründung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege“.

4.6.3 Behandlungsleitlinien

Neben den Expertenstandards für die Pflege gibt es weitere evidenzbasierte Publikationen anderer Wissenschaftsdisziplinen, die ebenfalls der Qualitätssicherung dienen. Aus der Medizin sind sogenannte Behandlungsleitlinien (kurz: Leitlinien) bekannt.

Die **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)** (www.awmf.org, Abb. 4.23) ist ein nationaler Zusammenschluss wissenschaftlicher Fachgesellschaften. In Zusammenarbeit mit der AWMF werden Leitlinien entwickelt, aktualisiert und erweitert.

Behandlungsleitlinien sind Qualitätsinstrumente, die den aktuellen Erkenntnisstand zu einem medizinischen Thema abbilden. Anders als bei Expertenstandards ist es nicht gesetzlich vorgeschrieben, mit Leitlinien zu arbeiten. Sie dienen jedoch der rechtlichen Absicherung im Streitfall.



Abb. 4.23 Logo Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

Indem nach aktuellem Wissensstand gearbeitet wird, soll die medizinische Versorgung verbessert werden. Einige Behandlungsleitlinien beziehen dazu auch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Handlungsempfehlungen ein. Ziel ist, sowohl Ärzte als auch Mitarbeitende anderer Fachgebiete sowie die zu versorgenden Menschen selbst bei der Entscheidung für eine medizinische Maßnahme zu unterstützen. Daher kann auch die Pflege Antworten in Leitlinien finden. Auch das Hinzuziehen von Behandlungsleitlinien in pflegerischen Entscheidungsfragen entspricht einer evidenzbasierten Pflege.

Die Behandlungsleitlinien der AWMF werden in folgende Evidenz-Kategorien unterteilt:

- **S1-Leitlinien** zeichnen sich durch ihre spezifischen von Expertinnen und Experten im informellen Konsens erarbeiteten Fachinhalte aus.
- **S2k-Leitlinien** werden nach der fachlichen Erarbeitung sowie einer formellen Abstimmung der Inhalte mit allen Beteiligten veröffentlicht und gelten deshalb als konsensbasiert.
- **S2e-Leitlinien** gelten als evidenzbasiert, denn die Inhalte werden vor der Veröffentlichung der Leitlinie ausführlich auf ihre Evidenz methodisch geprüft.
- **S3-Leitlinien** sind sowohl konsens- als auch evidenzbasiert und werden von einem repräsentativen Gremium verabschiedet.

Neben der Klassifizierung der Evidenz der gesamten Leitlinie werden die **Handlungsempfehlungen** in der jeweiligen Leitlinie entsprechend ihrer Evidenz eingeordnet. Die Entscheidung, ob eine Maßnahme umgesetzt werden soll, kann somit abgewogen werden.

In der Praxis lassen sich z. B. verschiedene Phänomene zum Thema Mundgesundheit beobachten. Wünschenswert ist eine physiologische Mundflora ohne pathologische Veränderungen. Diese lassen sich jedoch nicht immer verhindern und sie treten in diversen Formen auf. Oft lässt sich z. B. ein Mundsoor, also eine Candida-Infektion, beobachten. Auch Aphthen bis hin zu einer Mukositis, Gingivitis oder Stomatitis können die Mundgesundheit schwer beeinträchtigen – unabhängig vom Alter des Menschen.

Zu all diesen Themen hat die AWMF – in Kooperation mit den jeweiligen Fachgesellschaften – Behandlungsleitlinien erarbeitet. Mittels der „Leitlinien-Suche“ auf der Webseite der AWMF lassen sich rund um das Thema Mundgesundheit z. B. folgende Behandlungsleitlinien finden:

- Häusliches mechanisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis (S3-Leitlinie)
- Diagnostik und Therapien von Candida-Infektionen (S1-Leitlinie)
- Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut (S2k-Leitlinie)

Recherchieren Sie zu den Behandlungsleitlinien auf der Webseite der AWMF. Benennen Sie Leitlinien, die zur Fachrichtung Ihres letzten Praxiseinsatzes passen.

4.7 Sich mit der Profession Pflege identifizieren

Die professionelle Pflege ist ein vielseitiger Beruf: Die Berufspraxis ist u. a. durch das Caring-Konzept (CE1, 1.1.1), das Arbeiten im inter- und intraprofessionellen Team (CE1, 2.1.2), die patientenorientierte Kommunikation und Beziehungsgestaltung (CE1, 3.2), das ethisch reflektierte Handeln (CE1, 3.5.2) und das Handeln nach dem Pflegeprozess (CE1, 5) gekennzeichnet. Zugleich besteht die Forderung nach evidenzbasierter Pflege (CE1, 4.6).

Listen Sie in Stichpunkten auf, was für Sie professionelles pflegerisches Handeln bedeutet. Erstellen Sie in der Gruppe eine Mindmap, die Ihre Antworten zusammenfassend darstellt.

Eine **berufliche Identität** zu entwickeln und aufzubauen ist ein Prozess, der mit der Ausbildung angestoßen wird und nach dieser mit jedem Tag Berufspraxis reift. Die berufliche Identität wird aus verschiedenen Aspekten gespeist, u. a. durch:

- die eigene Motivation für die Berufswahl (CE3, 1.2.4)
- die eigene Rolle im Berufsleben (CE1, 2.3)
- den Grad der Identifikation mit dem Pflegeberuf und dem pflegerischen Handeln
- fachliche und persönliche Kompetenzen

Die komplexen pflegerischen Anforderungen, die sich durch die Pflegeforschung immer weiterentwickeln, verlangen von den Pflegenden ein lebenslanges Lernen und vielseitige Kompetenzen. Hier setzt das Modell der

Stufen der Pflegekompetenz an, mit dem die Förderung von Kompetenzen (CE1, 1.1.4) einhergeht (Benner 1984). Es werden 5 Entwicklungsstufen Pflegenden beschrieben – vom Anfänger bis zum Experten:

- Stufe 1: Die **Anfängerin** hat noch keine Erfahrung und übt Pflegehandlungen nach kennengelernten Regeln aus. Beispiel: korrekte Durchführung einer manuellen Blutdruckmessung.
- Stufe 2: Der fortgeschrittene **Anfänger** kann pflegerische Tätigkeiten bereits kennengelernten, wiederkehrenden Situationen kausal zuordnen. Beispiel: Die Blutdruckmessung von Patienten mit arterieller Hypertonie sollte am Morgen vor der Mobilisation durchgeführt werden.
- Stufe 3: Die **kompetente Pflegenden** muss, während sie die Tätigkeiten ausführt, nicht mehr bewusst über die Regeln nachdenken und kann so ihre Aktivitäten vorausschauend organisieren und priorisieren. Beispiel: Die Körperpflege im Bett wird von der Pflegeperson gleichzeitig dazu genutzt, alle notwendigen Prophylaxen durchzuführen, die in der liegenden Position durchführbar sind, sodass diese nicht separiert davon durchgeführt werden müssen.
- Stufe 4: Der **erfahrene Pflegenden** nimmt Pflegesituationen als Ganzes wahr, statt nur isolierter situativer Pflegehandlungen. Beispiel: Neben aktuellen (Tages-)Pflegezielen werden schon zukünftige Pflegeziele berücksichtigt. Um etwa perspektivisch die Blutzuckerkontrolle nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu Hause selbstständig durchführen zu können, ist bereits im Krankenhaus eine frühzeitige Beratung und Anleitung sinnvoll.
- Stufe 5: Die **Expertin** ist in der Lage, Pflegesituationen intuitiv wahrzunehmen und notwendige Pflegehandlungen daraus abzuleiten. Beispiel: Pflegenden mit ausgewogener Berufserfahrung können oft bereits nach kurzem Patientenkontakt (ohne Anamnesegespräch) einschätzen, welche Maßnahmen kurz- und langfristig für die pflegerische Versorgung erforderlich sein werden.

An allen Lernorten der Pflegeausbildung begleiten die Lehrenden die Auszubildenden bestmöglich in ihrem Lernprozess und ihrer Entwicklung zu kompetenten Pflegenden. Der Unterricht sowie die Anleitungssituationen sind kompetenzorientiert ausgerichtet und geben den Lernenden die Möglichkeit, im Laufe der Ausbildung alle notwendigen Kompetenzen erlernen und entwickeln zu können (Abb. 4.24). Die Stufen 4 und 5 der Pflegekompetenz werden erst im späteren Berufsleben aufgrund von Erfahrung und stetiger (Selbst-) Reflexion erworben.



Abb. 4.24 Kompetenzentwicklung in der Pflege

Die stetige **persönliche (Selbst-)Reflexion** und damit die Überprüfung des eigenen pflegerischen Handelns und Denkens sowie des beruflichen Selbstverständnisses, das an das professionelle Pflegeverständnis geknüpft ist, sollte bereits in der Ausbildung begonnen werden. Um eine berufliche Identifikation zu entwickeln, ist immer wieder ein Blick nach innen, eine persönliche Reflexion und Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Anforderungen und Vorstellungen von professionellem Pflegen nötig. Wie viel Freude und Begeisterung habe ich in meiner Tätigkeit? Mache ich meine Arbeit gern und liegt sie mir? Worin möchte ich mich weiterbilden und weiterentwickeln und wie viel Energie möchte ich dafür verwenden? Sich Vorbilder in der Pflege zu suchen und diese auch zu reflektieren, kann hilfreich sein, um sich der angestrebten persönlichen Rolle und Ziele im Beruf bewusst zu werden.

1. Um professionell pflegerisch Handeln zu können, entwickeln Auszubildende vielseitige Kompetenzen. Erweitern Sie [Abb. 4.24](#) um Aspekte, die Sie bereits kennengelernt haben und die Sie für Ihren Kompetenzerwerb für wichtig erachten.
 2. Notieren Sie Ihre Gedanken zu folgenden Fragen auf einem Zettel und bewahren Sie diesen mit Ihren Unterlagen für die Ausbildung auf:
 - a) Warum haben Sie die Ausbildung zur Pflegefachperson begonnen? Was hat Sie dazu motiviert?
 - b) Wie ist Ihr persönliches Bild von der Profession Pflege? Was macht für Sie eine professionelle Pflege aus?
 - c) Gibt es für Sie Personen in der Pflege, die Ihnen als Vorbilder dienen und wenn ja, warum?
 - d) Auf welcher Stufe der Pflegekompetenz stehen Sie momentan und wohin möchten Sie? Wie wünschen Sie sich dazu den zeitlichen Verlauf? Erstellen Sie einen Zeitstrahl und zeigen Sie auf, wann Sie welche Stufe der Pflegekompetenz erklommen haben möchten.
 3. Erläutern und belegen Sie mit Daten, warum Ihnen in der Ausbildung häufig alte Menschen mit chronischen Erkrankungen begegnen werden.
 4. Im Zuge des demografischen Wandels nehmen alte und hochbetagte Menschen einen zunehmend größeren Anteil der Gesamtbevölkerung ein. Beschreiben Sie Folgen dieser Entwicklung für das Gesundheitswesen.
 5. Erklären Sie, was mit dieser Aussage transportiert wird: „Die Pflege in Deutschland unterliegt einer stetigen Professionalisierung.“ Beziehen Sie dabei geschichtliche Abläufe, Entwicklungen in den Ausbildungsstrukturen und Fortschritte in Forschung und Wissenschaft mit ein.
 6. Recherchieren Sie die Biografien der deutschen Pionierinnen der Pflegewissenschaft: Ruth Schröck, Monika Krohwinkel, Christel Bienstein. Fassen Sie die Leistungen dieser Pflegewissenschaftlerinnen zusammen und verorten Sie sie in der Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland.
 7. Bewerten Sie den Stellenwert von Pflegewissenschaft in Deutschland.
 8. Erklären Sie den Zusammenhang von Pflege-modellen, Pflegetheorien und Pflegekonzepten.
 9. Beziehen Sie das Metaparadigma der Pflege mit seinen Komponenten auf eine zu pflegende Person Ihrer Wahl. Erläutern Sie, an welcher Stelle für Sie deutlich wird, dass sich die einzelnen Komponenten nicht voneinander trennen lassen.
 10. Geben Sie die Ziele der Pflegeforschung wieder.
 11. Stellen Sie dem quantitativen den qualitativen Forschungsansatz jeweils in Stichworten gegenüber. Erstellen Sie dafür eine Tabelle, strukturiert nach Methoden, Stichprobenwahl und Gütekriterien.
 12. Erklären Sie, was unter evidenzbasierter Pflege verstanden wird und welche Ziele damit verfolgt werden.
 13. Erklären Sie die Bedeutung der Expertenstandards für die pflegerische Arbeit.
 14. Lesen Sie im digitalen Material den Auszug aus einer Spitalordnung aus dem 15. Jahrhundert. Diese Spitalordnung gilt als typische Dienstweisung für das Pflegepersonal.
 - a) Beschreiben Sie die typischen Aufgaben der Schwester.
 - b) Leiten Sie die Eigenschaften, die die Schwester haben soll, ab.
- ↓ CE1_4_Spitalordnung
15. Lesen Sie im digitalen Material über die Tötung von Kindern mit Behinderungen im Rahmen des Euthanasieprogramms der Nationalsozialisten.
 - a) Führen Sie mögliche Gründe an: Warum hat die Assistenzärztin von Lamezan die Injektion durchgeführt, obwohl sie wusste, dass sie damit das Kind tötet? Warum hat sich die die Stationschwester Holzhausen an der Tötung beteiligt?
 - b) Diskutieren Sie, warum es wichtig ist, die Beteiligung von Pflegekräften und Medizinern an den systematischen Krankenmorden zu reflektieren und welche Lehren daraus gezogen werden können.
- ↓ CE1_4_Euthanasie

Quellenverzeichnis

- Benner, P. (1984): From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Brandenburg, H. et al. (2021): Pflgetheorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. In: Schwerior-Popp, S.; Sitzmann, F.; Ullrich, L. (Hrsg.): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung. Stuttgart: Thieme: 80–109.
- Bundesgesetzblatt (2018): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt S. 1572, Bonn.
- Bundesgesetzblatt (2003a): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003, Bundesgesetzblatt S. 1424, Bonn.
- Bundesgesetzblatt (2003b): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 25. August 2003, Bundesgesetzblatt S. 1691, Bonn.
- Bundesgesetzblatt (1994): Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26. Mai 1994, Bundesgesetzblatt S. 1014, 2797, Bonn.
- Cappell, E. (1996): Von der Hilfspflege zur Profession. Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs. Thema 110. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Die Bedeutung professioneller Pflege. Unter: www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf [26.02.2025].
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2020): Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB). Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Unter: www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2023/06/2020-01-27_DBR_MWBO-PflB_final.pdf [26.02.2025].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2023): Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2019a): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2019b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück.
- Fawcett, J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Göttingen: Hogrefe.
- GfK Verein (2018): Trust in Professions 2018 – eine Studie des GfK Vereins. Von Feuerwehrleuten bis zu Politikern. Unter: www.nim.org/fileadmin/3_NIM_Publikationen/NIM_Studies/2018_-_trust_in_professions_-_deutsch.pdf [26.02.2025].
- Hackmann, M. (2020): Die NS-Gemeindepflegestation – Nationalsozialistische Ideologie und Probleme in der Umsetzung am Beispiel des Regierungsbezirks Osnabrück und der Stadt Hamburg. In: Steppe, H. (Hrsg.) (2020): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt a. M.: Mabuse: 235–243.
- International Council of Nurses (2021): Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Unter: www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf [26.02.2025].
- Kruse, A. P. (1995): Berufskunde II: Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meleis, A. (2015): Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA. In: Schaeffer, D. et al. (Hrsg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Hans Huber: 17–37.
- Orem, D. E.; Taylor, S. G.; McLaughlin Repenning, K. (1971/6. Auflage 2001): Nursing: Concepts Of Practice. Mosby Elsevier. Maryland Heights.
- Öz, F. (2020): Löhne und Gehälter in systemrelevanten Berufen: Gebraucht und geschätzt, aber unter Wert! Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule Forschungsschwerpunkt »Arbeit und Wandel«.
- Schröck, R. (1996): Pflegewissenschaft. Denkschrift: Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Materialien und Berichte. Band 46. Gerlingen: Bleicher.
- Schwarzer, F.; Viehstädt, A.-K. (2019): Status Quo, Chancen und Potenziale. Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeitenden in der DRK-Altenpflege. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz e.V. Generalsekretariat. Unter: https://drk-wohlfahrt.de/fileadmin/Publikationen/DRK-Studie-Altenpflege_Status-Quo-Chancen-Potentiale_November-2019.pdf [26.02.2025].
- Statistisches Bundesamt (2025a): Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2023. Unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html [26.02.2025].
- Statistisches Bundesamt (2025b): Gesundheitspersonal. Unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html [26.02.2025].
- Statistisches Bundesamt (2024): 3% mehr neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2023. Pressemitteilung Nr. 125. Unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_125_212.html [26.02.2025].
- Statistisches Bundesamt (2023): Pflegevorausberechnung. Pressemitteilung Nr. 124. Unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html [26.02.2025].
- Statistisches Bundesamt (2021): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Unter: www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.html [26.02.2025].
- Steppe, H. (Hrsg.) (2020): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Weltärztebund (2013): WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Unter: www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf [26.02.2025].
- Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Unter: www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.html [26.02.2025].
- Wolff, H.-P.; Wolff, J. (2022): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Zegelin, A. (2013): Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Huber.

5 Den Pflegeprozess gestalten

↓ CE1_5_Kompetenzraster

Mathilda Bauer absolviert ihren 1. Praxiseinsatz in der Ausbildung zur Pflegefachfrau. In den ersten Tagen auf der unfallchirurgischen Station war sie sehr aufgeregt, alles war neu. Nach einer Woche kommt sie schon besser zurecht. Ihr Praxisanleiter, Sven Moorland, wird sie heute begleiten.

Gegen 9.30 Uhr kommt der Stationsarzt Arne Wetter und berichtet über einen Notfall: 19-jähriger Mann, Fahrradunfall mit Trümmerfraktur am rechten Schienbein, Verdacht auf leichtes Schädel-Hirn-Trauma. Mathilda und Sven bereiten das Zimmer vor. Sven fragt: „Hast du schon eine Aufnahme begleitet?“

Mathilda verneint, berichtet jedoch, dass sie das Thema bereits im Unterricht behandelt haben und schlägt eine Anleitung vor.

Sven stimmt zu und erklärt, dass sie zunächst die für die Pflege relevanten Informationen erfassen werden. Dazu werden sie den Patienten beobachten, mit allen Sinnen wahrnehmen, Informationen erfragen und in die bereits vorhandene Dokumentation schauen. „Dadurch“, so ergänzt er, „können wir erkennen, wo die Pflegeprobleme der jeweiligen Person liegen.“

Mathilda schaut ratlos. Daher erläutert Sven, dass Pflegeprobleme all jene Probleme sind, auf die sie pflegerisch einwirken können, z. B. Schmerz, Übelkeit, eingeschränkte Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten wie Nahrungsaufnahme oder Bewegung. Das versteht Mathilda.

Zunächst schauen sie im PC nach, welche Informationen bereits in der Notaufnahme dokumentiert wurden und ob der Bericht des Rettungsdiensts bereits da ist. Sven erläutert: „Hier können wir bereits erkennen, ob es wichtige Vorerkrankungen oder Einschränkungen gibt, die wir beachten sollten, oder ob die Person auf Hilfsmittel angewiesen ist. Diese Informationen berücksichtigen wir, wenn wir die Pflegemaßnahmen planen.“

Sven und Mathilda holen den Patienten, Finn Brenner, aus dem OP ab und bringen ihn auf die Station in sein Zimmer. Dort leitet Sven Mathilda darin an, den Monitor für die Vitalzeichenüberwachung anzuschließen. Dann fragt er Herrn Brenner nach Schmerzen auf einer Skala von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz. Herr Brenner gibt die Stufe 3 an, lächelt leicht und sagt, dass er momentan nichts gegen die Schmerzen brauche und nur schlafen wolle. Sven ist zufrieden, denn in der Infusion läuft bereits ein Schmerzmittel, das offensichtlich ausreicht. Da die Vitalzeichen von Herrn Brenner, also

Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur und Bewusstsein, unauffällig sind, verlassen Sven und Mathilda das Zimmer.

Im Stationszimmer dokumentiert Sven die ermittelten Werte und Beobachtungen. Dann erläutert er Mathilda, dass ihnen noch viele Informationen fehlen, dass sie jetzt aber einen ersten Eindruck von Herrn Brenner haben. Sein Allgemeinzustand sei den Umständen entsprechend gut. Viertelstündlich kontrollieren sie dann die Vitalzeichen von Herrn Brenner, achten auf die Infusion und dokumentieren ihre Beobachtungen und Tätigkeiten.

Eine halbe Stunde vor der Übergabe gehen beide erneut zu Herrn Brenner. Er sitzt mit aufgerichtetem Kopfteil im Bett, äußert große Schmerzen, stöhnt und möchte wissen, wie es weitergeht. Auf Svens Frage nach der Stärke der Schmerzen gibt Herr Brenner nun 7 an. Sven erklärt, dass der Arzt ein Bedarfsmedikament angeordnet hat, das Herr Brenner bei Schmerzen $\geq 5/10$ zusätzlich erhalten kann. Er verspricht, das weitere Vorgehen mit ihm zu besprechen, holt jedoch in Absprache mit Herrn Brenner zunächst das Bedarfsmedikament. Als er dieses in Form einer Infusion angehängen hat, erklärt er dem Patienten, dass er noch einige Informationen von ihm benötigt, die seine pflegerische Versorgung betreffen. In der sogenannten Pflegeanamnese besprechen sie, welche Probleme Herrn Brenner aktuell am wichtigsten sind, aber auch, welche Ressourcen, also Fähigkeiten, Hilfsmittel und günstige Umstände, diese Probleme mildern könnten. All diese Informationen dokumentiert Sven auf dem Anamnesebogen. Dann erklärt er Herrn Brenner, welche Ziele seines Erachtens angestrebt werden sollten. Herr Brenner stimmt diesen zu. Dann schlägt Sven Maßnahmen vor, die dazu dienen, dass Herr Brenner möglichst bald wieder fit wird. Herr Brenner ist erleichtert, dass er nun weiß, wie es weitergehen wird.

Mathilda hört dem Gespräch gespannt zu. Als es beendet ist, merkt Herr Brenner an, dass er wieder sehr müde sei. Sven ist klar: Auch das ist eine Wirkung des Bedarfsmedikaments. Er und Mathilda verlassen das Zimmer. Dann dokumentiert Sven im PC, wann er Herrn Brenner das Schmerzmittel verabreicht hat und welche Schmerzstärke Herr Brenner zuvor angegeben hat. Auf diese Weise hat er einen Vergleichswert und kann später evaluieren, also prüfen, ob die Maßnahme, das Medikament, geholfen hat, die Schmerzen zu reduzieren.

1. Versetzen Sie sich in die Lage der unterschiedlichen Akteure. Nehmen Sie die Sicht von Mathilda und von Finn Brenner ein. Was empfinden Sie bei der Situation? Welche Gefühle könnten die Akteure haben?
2. Diskutieren Sie in Partnerarbeit: Warum könnte es für Sven so wichtig sein, das weitere Vorgehen mit Herrn Brenner zu besprechen?
3. Welche Vorteile hat das Gespräch mit Sven für Herrn Brenner? Erstellen Sie eine Liste.
4. Bilden Sie Gruppen mit 4 Personen. Nehmen Sie die Rollen von Herrn Brenner, Sven und Mathilda ein. Die vierte Person beobachtet. Spielen Sie die Situation, ohne dabei zu sprechen. Diskutieren Sie Ihre Erfahrungen. Wiederholen Sie dann die Situation mit Gespräch und vergleichen Sie.

5.1 Pflege als Prozess verstehen

Die Pflege eines Menschen als Prozess zu sehen, gibt Pflegefachpersonen und den zu pflegenden Menschen eine orientierende Systematik. Nach dieser können sie gemeinsam zielgerichtet handeln.

5.1.1 Handeln mit Plan

Professionell Pflegenden arbeiten nicht drauflos, sondern sie handeln mit Plan. Sie

- überlegen, was zu tun ist,
- handeln,
- prüfen das Ergebnis ihrer Tätigkeit und
- überlegen, wie es weitergehen soll, ob Maßnahmen zu verbessern oder fortzuführen sind.

Dieser Prozess, auch als **PDCA-Zyklus** (Abb. 5.1) oder kontinuierlicher Verbesserungsprozess bekannt, sichert die Qualität der Pflege. PDCA steht für:

- **P**lan (planen)
- **D**o (umsetzen)
- **C**heck (prüfen)
- **A**ct (handeln)

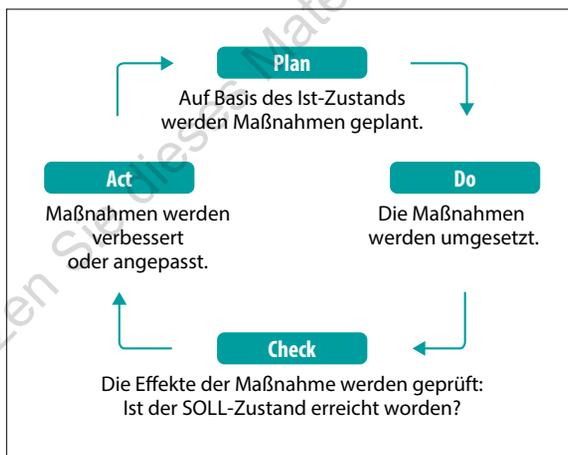


Abb. 5.1 PDCA-Zyklus

Mit dem PDCA-Zyklus werden Prozesse kontinuierlich überwacht und bei Bedarf angepasst. Auch in Alltagsaktivitäten wird der PDCA-Zyklus oft umgesetzt, meist ganz unbewusst.

Skizzieren Sie in Partnerarbeit zu folgenden Themen PDCA-Zyklen. Starten Sie dabei jeweils mit dem Schritt „Plan“:

- Ist-Zustand: Hunger haben
- Ist-Zustand: ein Oberteil zu einer bestimmten Hose für einen besonderen Anlass benötigen
- Ist-Zustand: sich auf eine Prüfung vorbereiten

5.1.2 Einführung in den Pflegeprozess

Der **Pflegeprozess** basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und ermöglicht eine strukturierte Herangehensweise, um Menschen mit Pflegebedarf individuell zu versorgen. Damit verläuft die Pflege, wie im PDCA-Zyklus, geplant und nicht zufällig. Der Pflegeprozess umfasst alle Phasen der pflegerischen Versorgung

- von der Aufnahme und Ersteinschätzung des Pflegebedarfs,
- über die Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen bis
- zur Evaluation (Überprüfung, Bewertung) der durchgeführten Maßnahmen und ihrer Ergebnisse.

Dieses Vorgehen dient einer effizienten und systematischen Pflege, aber auch der Qualitätssicherung und Dokumentation der pflegerischen Leistung und schließlich deren Abrechnung.

Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess

Der Pflegeprozess ist ein **dynamischer Problemlösungsprozess**, denn er ist auf die Einschätzung von Pflegeproblemen und deren Lösung ausgerichtet. Im Mittelpunkt stehen körperliche, gesundheitliche, soziale, psychische und emotionale Bedürfnisse der zu pflegenden Personen, auf die mit pflegerischen Maßnahmen eingegangen werden kann. Wenn diese



Abb. 5.2 Problemlösungs- und Beziehungsprozess

Probleme systematisch erfasst werden, sind gezielte pflegerische Maßnahmen möglich, um den jeweiligen Problemen zu begegnen.

Weil der Pflegeprozess die Interaktion zwischen Pflegefachperson und zu pflegendem Menschen fördert, gilt er auch als **Beziehungsprozess**. Gerade dann, wenn die pflegerische Versorgung länger andauert, z. B. in der ambulanten oder stationären Langzeitpflege oder bei langen oder wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten, entwickeln Pflegefachpersonen und zu pflegende Personen eine Beziehung. Diese sollte im Idealfall Vertrauen aufbauen und den Heilungsprozess unterstützen. Grundlage dieser Beziehung ist die psychosoziale Unterstützung, die auf Empathie, Respekt und Wahrung der Autonomie der zu pflegenden Person basiert (Abb. 5.2).

Bereits 1970 definierten **Verena Fiechter** und **Martha Meier** den Pflegeprozess als Problemlösungsprozess, der von der Qualität der Beziehung zwischen Pflegefachperson und zu pflegender Person abhängt.

Sven **bespricht** mit Herrn Brenner das weitere Vorgehen, er teilt es nicht einfach mit. Maßnahmen **schlägt** Sven **vor** und kündigt sie nicht einfach an. Dies lässt den Beziehungsprozess erkennen.

Überlegen Sie, wie Sie auf eine Ihnen bisher unbekannte zu pflegende Person zugehen würden. Wie würden Sie sich vorstellen?

Bedeutung des Pflegeprozesses in unterschiedlichen Settings

Der Pflegeprozess wird nicht nur durch die individuellen Bedürfnisse der zu pflegenden Personen geprägt, sondern auch durch das Setting, also das Umfeld, in

dem die Pflege stattfindet (CE1, 1.1.3). Krankenhäuser, die stationäre und ambulante Langzeitpflege haben unterschiedliche Anforderungen an den Pflegeprozess. In einem **Krankenhaus** ist der Pflegeprozess an der Akutmedizin ausgerichtet, also an zügiger Diagnostik und Therapie. Es geht darum, Krankheiten oder lebensbedrohliche Situationen schnell zu erkennen und zu behandeln. Die Pflege leistet dabei einen wichtigen Beitrag. In der ambulanten und stationären **Langzeitpflege** stehen die Bedürfnisse nach kontinuierlicher Unterstützung und Lebensqualität im Vordergrund.

► Setting

In der pflegerischen Versorgung von **Kindern und Jugendlichen** gelten besondere Aspekte:

- Die Pflege wird an das Alter und **Entwicklungsstadium** des Kindes angepasst.
- **Eltern** sind eine wichtige Informationsquelle, immer Teil der Pflegebeziehung (Abb. 5.3) und spielen eine zentrale Rolle bei der Unterstützung und Pflege des Kindes. Sie werden in Entscheidungsprozesse einbezogen und sind Partner der Pflegefachpersonen.

6-schrittiger Pflegeprozess

Der **6-schrittige Pflegeprozess** nach den Pflegewissenschaftlerinnen **Fiechter und Meier** berücksichtigt den gesamten Pflegeprozess von der Einschätzung des Pflegebedarfs bis zur Evaluation der durchgeführten Pflege. Bis heute bildet er die Grundlage für viele pflegerische Handlungsmodelle und gilt als etablierter Pflegeprozess in der deutschen Pflegepraxis. Er bietet eine klar strukturierte Vorgehensweise, um eine effektive und individuelle Pflege zu gewährleisten. Die **6 Schritte** lauten (Abb. 5.4):

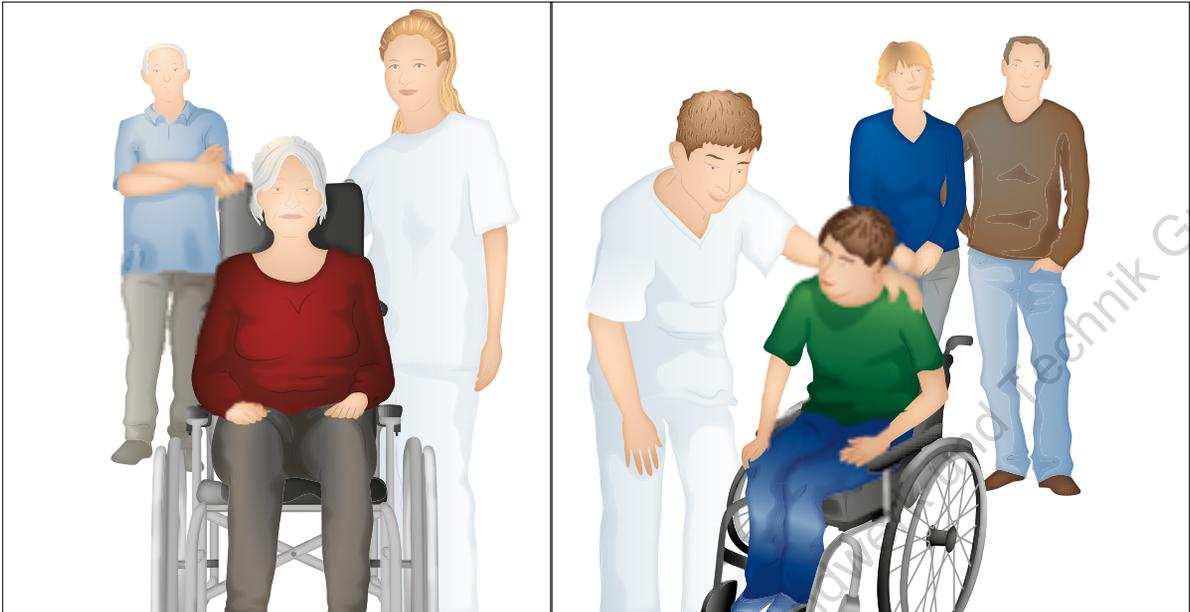


Abb. 5.3 Während die Pflegebeziehung bei Erwachsenen zu pflegenden Personen mindestens 2 Personen umfasst, umfasst sie bei Kindern mindestens 3 Personen

- 1. Informationssammlung (CE1, 5.2.1):** Die Pflegefachperson erhebt sämtliche für die Pflege relevanten Informationen. Sie erfragt Informationen, beobachtet Auffälligkeiten, misst Werte und baut eine Beziehung zu der zu pflegenden Person auf.
- 2. Pflegeproblem/Pflegediagnose festlegen (CE1, 5.2.2):** Auf Basis der Informationssammlung ermittelt die Pflegefachperson die individuellen **Pflegeprobleme**, die auch als **Pflegediagnose** bezeichnet werden. Ebenso ermittelt sie **Ressourcen**, also Umstände, Fähigkeiten oder Hilfsmittel, die das Pflegeproblem günstig beeinflussen.
- 3. Pflegeziel (CE1, 5.2.3):** Gemeinsam mit der zu pflegenden Person strebt die Pflegefachperson ein oder mehrere Ziele an, die durch Pflegemaßnahmen erreicht werden sollen. Dies kann bedeuten, dass ein Pflegeproblem komplett gelöst ist oder die betroffene Person damit gut zurechtkommt.
- 4. Planung von Pflegemaßnahmen (CE1, 5.2.4):** Im 4. Schritt legt die Pflegefachperson gemeinsam mit der betroffenen Person die konkreten Pflegemaßnahmen fest, mit denen das Pflegeziel erreicht werden soll.
- 5. Durchführung von Pflegemaßnahmen (CE1, 5.2.5):** Die Pflegefachperson setzt die geplanten Maßnahmen um. Dabei beachtet sie die aktuellen Umstände.
- 6. Evaluation der Pflege (CE1, 5.2.6):** In der Evaluation überprüft und bewertet die Pflegefachperson gemeinsam mit der betroffenen Person, ob oder wie weit die gesteckten Ziele erreicht wurden. Dabei schätzt sie auf Basis ihres Fachwissens ein, ob die

Pflegemaßnahmen wirksam waren oder angepasst werden sollten. Zudem berücksichtigt sie bei Bedarf gelöste, aber auch neu aufgetretene Pflegeprobleme.

► Merke

Eine Pflegediagnose ist ein Problem, dem mit pflegerischen Maßnahmen begegnet werden kann. Eine medizinische Diagnose benötigt ärztliches Handeln, z. B. die Verordnung eines Arzneimittels.

4-schrittiger Pflegeprozess nach Yura und Walsh

Der **4-schrittige Pflegeprozess von Helen Yura und Mary B. Walsh** von 1974 ist eine vereinfachte Form des Pflegeprozesses. Die **4 Schritte** lauten (Abb. 5.5):

- 1. Informationssammlung**
- 2. Planung von Pflegemaßnahmen:** Probleme und Ressourcen identifizieren und priorisieren, Ziele festlegen, Pflegemaßnahmen zur Zielerreichung planen
- 3. Durchführung der Pflegemaßnahmen**
- 4. Evaluation der Pflege**

Der 4-schrittige Pflegeprozess legt einen besonders klaren und anwendungsbezogenen Fokus auf die praktische Pflege. Er ist in vielen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verbreitet (CE1, 5.4).

Abb. 5.6 vergleicht den 4- mit dem 6-schrittigen Pflegeprozess.

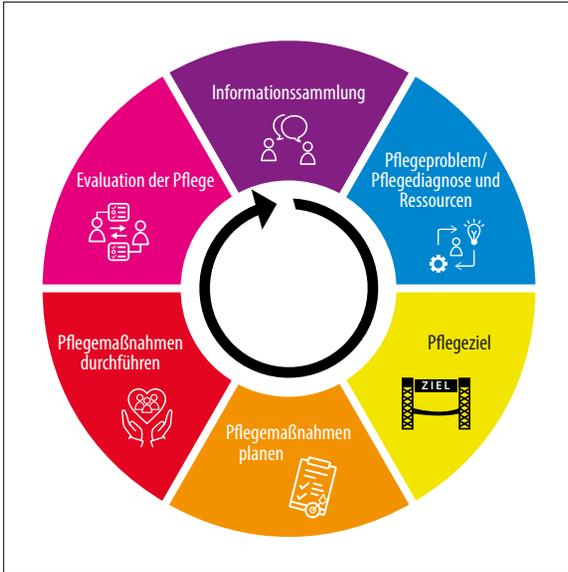


Abb. 5.4 6-schrittiger Pflegeprozess, angelehnt an Fiechter und Meier

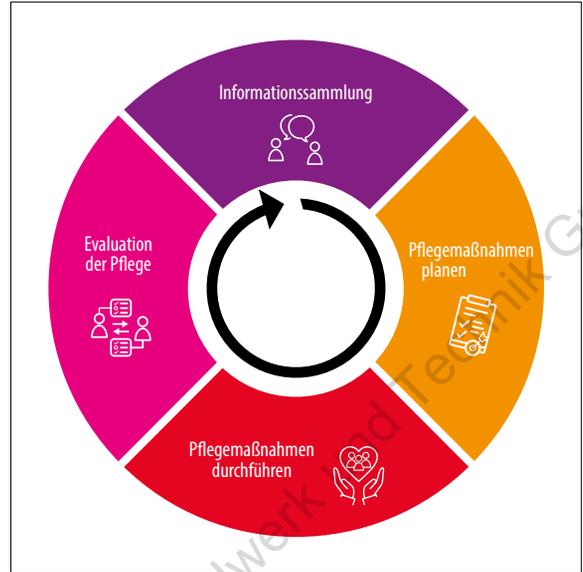


Abb. 5.5 4-schrittiger Pflegeprozess nach Yura und Walsh

6-schrittiger Pflegeprozess	4-schrittiger Pflegeprozess
Informationssammlung	Informationssammlung
Pflegeprobleme/Pflegediagnosen, Ressource	
Pflegeziele	Pflegemaßnahmen planen
Pflegemaßnahmen planen	
Pflegemaßnahmen durchführen	Pflegemaßnahmen durchführen
Evaluation der Pflegemaßnahmen	Evaluation der Pflegemaßnahmen

Abb. 5.6 Vergleich des 6- mit dem 4-schrittigen Pflegeprozess

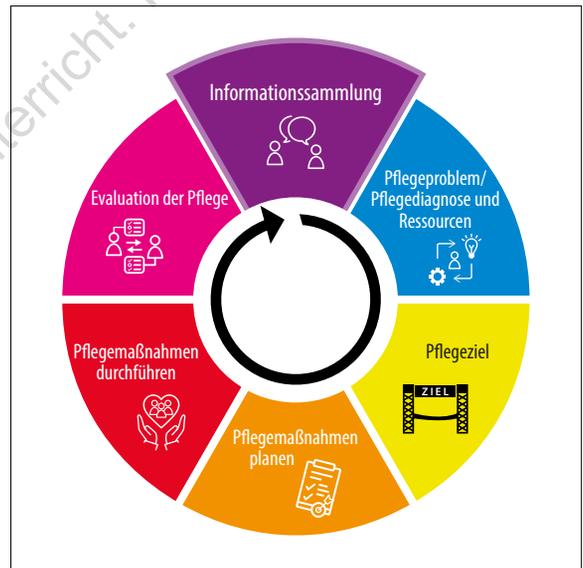


Abb. 5.7 Informationssammlung – der 1. Schritt des Pflegeprozesses

5.2 Den Pflegeprozess umsetzen

5.2.1 Informationen sammeln

Die **Informationssammlung** stellt den 1. und grundlegenden Schritt des Pflegeprozesses dar (Abb. 5.7). Hier beginnt der Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachperson und zu pflegender Person. Die Informationssammlung schafft eine Basis für die weiteren Schritte

der Pflege, indem Informationen und Daten über den Zustand und die Bedürfnisse der zu pflegenden Person erfasst werden. Eine vollständige und präzise Informationssammlung ist somit entscheidend für die Qualität der pflegerischen Versorgung. Sie ist Grundlage für die **Pflegeplanung** und die Auswahl geeigneter Pflegemaßnahmen.

► Merke

Es gibt viele Gründe, warum eine Person keine Informationen geben, keine Bedürfnisse äußern oder sich nicht in die Planung ihrer eigenen Pflege einbringen kann. Diese Gründe können z. B. ihr junges Alter, eine demenzielle Erkrankung, ein Schädel-Hirn-Trauma oder viele andere Umstände sein. In diesem Fall bezieht die Pflegefachperson, sofern von der Zustimmung der zu pflegenden Person ausgegangen werden kann, Angehörige in den Pflegeprozess ein. Ist die betroffene Person in der Lage, für sich selbst zu sprechen, können Angehörige einbezogen werden, wenn die zu pflegende Person dies wünscht.

Anamnesegespräch

Das **Anamnese- bzw. Aufnahmegespräch** stellt den Beginn der Informationssammlung dar, sofern die zu versorgende Person nicht notfallmäßig aufgenommen wird. Es ist entscheidend für die Vertrauensbildung zwischen der pflegenden Person und Pflegefachperson. Aus diesem Grund ist eine freundliche, empathische Gesprächshaltung auf Seiten der Pflegefachperson wichtig. Mit Ausnahme von Kindern spricht die Pflegefachperson alle zu pflegenden Personen und deren Angehörige mit „Sie“ an.

► Tipp

Ob Aufnahme ins Krankenhaus bei akuter Erkrankung, Einzug in eine Pflegeeinrichtung oder der erste Besuch eines ambulanten Pflegedienstes – für die Pflegefachperson ist dies Routine, für die zu versorgende Person jedoch ein außergewöhnliches Ereignis. Eine aufgeregte und ggf. hektische, vielleicht auch unfreundlich wirkende Haltung der zu pflegenden Person im Aufnahmegespräch kann somit ihrer Aufregung geschuldet sein.

Vorgehen

Typischerweise verläuft ein Gespräch zur Informationssammlung in 3 Phasen:

1. **Einleitung:** Die Pflegefachperson stellt sich vor und erläutert den Grund sowie das Ziel des Gesprächs.
2. In der **Arbeitsphase** motiviert sie die zu pflegende Person zu erzählen. Daher stellt sie offene Fragen, die nicht mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können, sondern ausführliche Antworten erfordern, die weitere Informationen liefern. Weitere Fragen knüpft sie an die Aussagen der betroffenen Person an. Sie hört aktiv zu (CE1, 3.1.4) und stellt bei Bedarf Rückfragen oder ergänzende Fragen. Die Bestätigung der Aussagen durch Kopfnicken oder Äußerungen

wie „aha“ oder „hmm“ motiviert die zu pflegende Person, weitere Informationen mitzuteilen. Bezugspersonen bezieht die Pflegefachperson bei Bedarf in das Gespräch ein. Den Informationen gegenüber bleibt die Pflegefachperson **objektiv**, insbesondere kulturelle, religiöse oder Informationen zum Lebenswandel wertet sie nicht. Die Angaben der zu pflegenden Person dokumentiert sie im **Anamnesebogen**.

3. Zum **Abschluss** fasst die Pflegefachperson das Gespräch zusammen. Bei Bedarf können die zu pflegende Person oder ihre Angehörigen ergänzen. In verständlichen Worten erläutert die Pflegefachperson das weitere Vorgehen.

► Tipp

Bei der Wortwahl und Formulierung passt sich die Pflegefachperson an ihre Gesprächspartner an. Dabei berücksichtigt sie das Alter bzw. die Entwicklung der zu pflegenden Person, deren Fähigkeit zu hören und zu sprechen, aber auch deren Verständnis, z. B. von Fachbegriffen, die sie vermeidet oder erklärt.

Der **Pflegeanamnesebogen** variiert von Einrichtung zu Einrichtung, mitunter auch zwischen Stationen, Wohnbereichen oder bei unterschiedlichen Personengruppen, z. B. Kindern. Unterschieden werden stark strukturierte Anamnesebögen, in denen nur Stichworte notiert und Häkchen gesetzt werden, von offenen Anamnesebögen. In diese werden, möglichst nah an der Formulierung der zu pflegenden Person, pflege-relevante Informationen aus dem Anamnesegespräch notiert.

Idealerweise findet das Gespräch in einer ruhigen, ungestörten Umgebung und ohne Zeitdruck statt. Die Pflegefachperson wendet sich dabei der zu pflegenden Person zu und sucht deren Blickkontakt. Sprechen keine gesundheitlichen Gründe dagegen, kann die Pflegefachperson ihr etwas zu trinken anbieten. Im Anschluss an das Anamnesegespräch gibt die Pflegefachperson einen Überblick über die Einrichtung, die Station bzw. den Wohnbereich und das Pflegeteam. Ebenso informiert sie zu den Abläufen und den Umgang mit persönlichen Gegenständen.

► Merke

Eine notfallmäßige Aufnahme, ein schlechter Allgemeinzustand, Schmerzen oder ein Kind, das nicht kooperieren möchte (Abb. 5.8) haben stets Vorrang und können ein individuelles Vorgehen bei der Pflegeanamnese notwendig machen.



Abb. 5.8 Spielsachen können ein Kind beruhigen – und eine ruhige Pflegeanamnese ermöglichen

Inhalte

Die **konkreten Inhalte** im Anamnesegespräch sind sehr unterschiedlich und hängen vor allem von folgenden Faktoren ab:

- Setting (CE1, 1.1.3)
- Alter und Entwicklungsstand der zu pflegenden Person, z. B. Kinder, alte Menschen, Menschen mit Behinderung
- vor allem in der Akutpflege: medizinisches Fachgebiet, dem die zu pflegende Person zugeordnet ist
- aktuelle Situation, z. B. Lebensbedrohlichkeit, Schmerzen, und Grund der Aufnahme
- Fähigkeit der betroffenen Person sich zu äußern, krankheitsbedingt oder z. B. aufgrund einer anderen Herkunftssprache

Stets im Anamnesegespräch zu besprechen sind:

- Sicht der zu pflegenden Person auf die aktuelle Situation
 - Selbstständigkeit vs. Pflegebedürftigkeit
 - Veränderungen im Alltag durch Krankheit oder Pflegebedarf
 - emotionale Reaktion auf die Pflegesituation, z. B. Angst, Unsicherheit, Erleichterung
- aktuelle Symptome bzw. Beschwerden
 - körperliche Beschwerden, z. B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Atembeschwerden, Magen-Darm-Probleme
 - psychische und kognitive Beschwerden, z. B. Verwirrtheit, Depression, Ängste, Schlafstörungen
 - Kommunikationsprobleme und Sinneseinschränkungen, z. B. Hör- und Sehprobleme, Sprachstörungen
- Erwartungen/Wünsche an die Pflege
 - individuelle Bedürfnisse und Vorlieben, z. B. Tagesstruktur, Essen und Trinken, Körperpflege
 - Erwartungen an die Pflegenden, z. B. Umgang, Respekt, Kommunikation auf Augenhöhe

- soziale und emotionale Unterstützung, z. B. Bedarf an Gesprächen, Einbindung von Bezugspersonen, Kontakt zu Seelsorge oder Therapeuten
- langfristige Ziele und Hoffnungen, z. B. Wunsch nach mehr Selbstständigkeit oder Erhalt der Fähigkeiten, realistische Erwartungen an die Pflegeentwicklung

Je nach Ursache und Ausmaß des Pflegebedarfs ist mit **potenziellen Risiken** zu rechnen. Vielen Risiken kann mit einer Prophylaxe (CE2, 1.3.1) vorgebeugt werden. Zu den häufigsten Risiken bei Menschen mit Pflegebedarf gehören Sturz, Dekubitus (Druckgeschwür), Infektion, Mobilitätseinbußen, Pneumonie (Lungenentzündung), Dehydratation (Flüssigkeitsmangel), Intertrigo (Wundsein), Obstipation (Verstopfung) und Thrombose (Verstopfung einer Vene durch einen Blutkoagel/verklumptes Blut). Diese Risiken zu erkennen, ist Aufgabe der Pflegefachperson. Im Anamnesegespräch erfragt sie Anzeichen der jeweiligen Risiken, zudem beobachtet und misst sie bei Bedarf Hinweise auf die entsprechenden Risiken.

► Tipp

Nicht jeder Mensch hat die gleichen Risikofaktoren. Während ein junger Mensch mit starkem Durchfall ein Risiko für eine Dehydratation hat, hat er in der Regel kein Risiko für Mobilitätseinbußen. Ein älterer Mensch hingegen, dem das Laufen schwerfällt, hat z. B. ein erhöhtes Risiko für eine Obstipation aufgrund der mangelnden Bewegung, einen Sturz aufgrund der Gangunsicherheit und eine Dehydratation – wenn er, um das Laufen zur Toilette zu vermeiden – zu wenig trinkt.

Teilen Sie Ihren Kurs in 4 Gruppen ein. Beschäftigen Sie sich jeweils mit einem Thema – Sturz, Infektion, Dehydratation oder Obstipation. Tragen Sie Ihr Wissen in einem Mindmap zusammen und identifizieren Sie Risikofaktoren. Denken Sie dabei auch „um die Ecke“, wie im Kasten zur Gangunsicherheit und nachfolgenden Dehydratation. Präsentieren Sie Ihre Ergebnisse im Kurs.

► Setting

In der **ambulanten und stationären Langzeitpflege** stehen im Anamnesegespräch die Lebenssituation, die Biografie (CE9, 1.2.1), der Grad der Pflegebedürftigkeit (CE9, 1.1.1) sowie konkrete Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten im Vordergrund.

Im **Krankenhaus** sind Informationen zu akuten Symptomen, Schmerzen und Vorerkrankungen besonders wichtig.

Bei der Aufnahme von **Kindern** berücksichtigt die Pflegefachperson das Thema Spielen als lebenswichtige kindliche Aktivität. Bei Bedarf, z. B. wenn es um Themen geht, die das Kind unnötig ängstigen könnten, führt sie einen Teil des Gesprächs nur mit den Eltern.

Die persönlichen Daten der zu pflegenden Person wie Name, Geburtsdatum und Adresse werden im sogenannten **Stammdatenblatt** erfasst.

Sven kann in der EDV-gestützten Dokumentation bereits Informationen über Herrn Brenner einsehen. Das Stammdatenblatt wurde bereits in der Aufnahme ausgefüllt. Das Anamnesegespräch führen Sven und Herr Brenner im Beisein von Mathilda vor der Übergabe.

Überlegen und notieren Sie jeweils eine Einstiegsfrage in das Anamnesegespräch für die Settings Pädiatrie (Kinderheilkunde), Akutpflege von Erwachsenen und stationäre Langzeitpflege. Berücksichtigen Sie Erwartungen und Unterstützungsbedarf der betroffenen Person.

Beobachten und wahrnehmen

Auch bei Menschen, die sich verbal äußern können, holt die Pflegefachperson Informationen durch Beobachtung ein. Besonders wichtig ist die Beobachtung jedoch bei Personen, die in ihrer verbalen oder kognitiven (geistigen) Kommunikation eingeschränkt sind.

Beobachtungskriterien

Im Zuge der Informationssammlung beobachtet die Pflegefachperson die zu pflegende Person (CE1, 3.1.2). Die Beobachtungsschwerpunkte hängen von verschiedenen Faktoren ab:

- Setting
- Altersgruppe und Entwicklungsstand

- Grund der Aufnahme, z. B. geplante Operation, Notfall, neu eingetretene Pflegebedürftigkeit, Verlust pflegender Angehöriger, die bisher die Pflege übernommen haben

So sind für die Beobachtung eines Kleinkinds mit einer Fraktur des Oberschenkels andere Beobachtungskriterien relevant als für eine ältere Dame mit einer Augenkrankung oder einen älteren Herrn, der bettlägerig ist. Die Beobachtung hilft, ein vollständiges Bild des Pflegebedarfs zu erhalten. Zu den wichtigsten Beobachtungskriterien gehören:

Körperliche Symptome, z. B.

- Veränderung des Hautbilds, der Atmung, Kreislaufsituation, Wundheilung und Bewegungsfähigkeit
- Veränderungen der Vitalzeichen, also Puls, Blutdruck, Temperatur, Atmung und Bewusstsein
- Erröten, Schwitzen, Zittern

Verhalten, z. B.

- psychische Verfassung, kognitive Leistungsfähigkeit, Äußerung von Emotionen wie Lachen oder Weinen
- Unruhe, Aufregung, Schüchternheit

Kommunikation (CE1, 3.1.1), z. B.

- Stimme und Lautstärke
- Verständnis von Informationen
- eigene Fragen der zu pflegenden Person
- nonverbale Ausdrucksformen wie Mimik, Gestik, Körperhaltung und Augenkontakt

Die Beobachtung der oben genannten Kriterien erfordert von der Pflegefachperson eine besondere Sensibilität und Aufmerksamkeit. Diese sind notwendig, um die Bedürfnisse der zu pflegenden Person, vor allem aber Änderungen ihres Zustands frühzeitig zu erkennen, denn diese können lebensbedrohlich sein.

Herr Brenner ist nach der OP erschöpft und möchte schlafen. Sven beobachtet Herrn Brenner und erfasst die Vitalzeichen. Er erkennt, dass der Zustand von Herrn Brenner den Umständen entsprechend ist und verschiebt die Pflegeanamnese auf einen späteren Zeitpunkt.

Schreiben Sie die Namen der Kursteilnehmer auf je ein Los. Lösen Sie. Vereinbaren Sie mit Ihrer Kursleitung eine Woche, in der Sie die jeweils geloste Person unauffällig beobachten. Berichten Sie anschließend im Plenum, ohne den Namen der beobachteten Person zu nennen, von Ihren Erfahrungen.

Ziehen Sie Schlüsse für die Beobachtung von zu pflegenden Menschen.

Wahrnehmung

Die **Wahrnehmung** umfasst alle Sinne: sehen, hören, riechen, schmecken, tasten. Mit Ausnahme des Geschmacksinns, der in der Pflegeanamnese eine untergeordnete Rolle spielt, helfen alle Sinne, sich ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand der zu pflegenden Person zu machen. Auch dies ist Teil der Informationssammlung am Beginn des Pflegeprozesses.

Viele Informationen können Pflegefachpersonen der zu pflegenden Person **ansehen** (Abb. 5.9). Dabei geht es einerseits um offensichtliche Gegebenheiten wie allgemeines Erscheinungsbild, Körperhaltung, Mimik, Bewegung oder eine Verletzung, aber auch um kleinste Indikatoren, die einen Hinweis auf den Zustand der Person geben können. Hierzu gehören z. B. zufallende Augen oder ein leichtes Wanken. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Beobachtung der Haut. Denn Veränderungen in Farbe und Temperatur können auf Kreislaufstörungen, Entzündungen oder eine schlechte Wundheilung hinweisen. Auch der Anblick der Atmung, als Bewegung des Brustkorbs, ist ein zentraler Aspekt der Informationssammlung.



Abb. 5.9 Die Pflegefachperson sammelt Informationen durch das Ansehen der zu Pflegenden

Sven nimmt bei Herrn Brenner ein leichtes Lächeln wahr.

Das **Hören** von Atemgeräuschen wie Rasseln oder Keuchen kann auf Atemwegserkrankungen hinweisen, die einer sofortigen Intervention bedürfen. Aber auch der Ton und die Lautstärke der Stimme, das Geräusch des Hustens (Abb. 5.10) oder ein Stöhnen vor Schmerz vermitteln Informationen.



Abb. 5.10 Das Geräusch des Hustens vermittelt Informationen

Als Sven und Mathilda vor der Übergabe zur Informationssammlung zu Herrn Brenner kommen, hören sie ihn stöhnen – ein Ausdruck von Schmerz.

Die **taktile** (tastende, fühlende) Wahrnehmung (Abb. 5.11) ermöglicht der Pflegefachperson, über die Haut Kontakt zu der zu pflegenden Person aufzunehmen und Informationen zu sammeln. Dazu palpiert sie die Haut, tastet sie also ab, bei Bedarf übt sie dabei leichten Druck aus. Die Pflegefachperson kann so z. B. Informationen über Schwellungen, Verhärtungen, Temperaturveränderungen oder Schmerzen gewinnen und lokalisieren. Kälte kann auf eine gestörte Blutzirkulation hinweisen, Wärme hingegen auf eine Entzündung.



Abb. 5.11 Die Pflegefachperson ertastet Schwellungen

Der **Geruchssinn** wird auch als **olfaktorische Wahrnehmung** bezeichnet. Er kann wertvolle Hinweise auf den Zustand einer Person geben. Beispielsweise kann der süßliche Geruch der Atemluft auf eine gefährliche Stoffwechselkomplikation bei Diabetes mellitus hinweisen, die diabetische Ketoazidose. Ein starker Uringeruch kann für eine Harnwegsinfektion sprechen (Abb. 5.12), Faulgerüche wiederum für eine Wundinfektion. Auch

der Körpergeruch einer Person kann Aufschluss geben: über bestimmte Erkrankungen, aber auch über Selbstpflegethemen, die verschiedene Ursachen haben können.



Abb. 5.12 Der Geruchssinn kann wertvolle Hinweise liefern

► Merke

Die Kunst der Beobachtung und Wahrnehmung liegt darin, alle Sinneswahrnehmungen zu verknüpfen. Jede einzelne liefert Informationen, deren Kombination wichtige Hinweise auf den Gesundheits- und Pflegezustand liefern kann.

Messen

Verschiedene Informationen **misst** die Pflegefachperson im Zuge der Informationssammlung. Dazu gehören z. B. die Vitalzeichen (CE2, 3.1.1), aber auch Körpergewicht, Größe (CE2, 4.2.2) und bei Neugeborenen und Säuglingen der Kopfumfang (CE10, 1.1.1). Je nach Fachgebiet können weitere Messwerte hinzukommen, z. B. die Größe einer Wunde oder der Umfang eines Gelenks.

Sven misst mehrfach die Vitalzeichen von Herrn Brenner, die aufgrund der vorangegangenen Narkose, aber auch aufgrund von Schmerzen auffällig sein und eine Notfallsituation anzeigen könnten.

Pflegerische Assessments

Zur Unterstützung der Informationssammlung und zur strukturierten Erfassung verschiedener Pflegebedarfe und -risiken stehen Instrumente zur Verfügung:

- Verschiedene **Assessment-Instrumente** erfassen bestimmte Fähigkeiten, Merkmale oder Risiken, oft in Form von Fragebögen oder Checklisten.

- **Screenings** sind eine besondere Form des Assessments, um erste Anzeichen zu erfassen und bei Bedarf ein vertieftes Assessment anzuschließen.
- **Skalen** ermitteln die Ausprägung eines Zustands oder Risikos.

Assessments, Screenings und Skalen sind darauf ausgelegt, eine Situation, einen Zustand oder ein Risiko systematisch zu erfassen, zu dokumentieren und die gewonnene Erkenntnis im Pflegeprozess zu nutzen.

► Merke

Assessment- und Screening-Instrumente sowie Skalen ersetzen das Fachwissen der Pflegefachperson nicht, können es jedoch sinnvoll ergänzen (Abb. 5.13).

Beispiele für Assessment-Instrumente, Screenings und Skalen sind:

- Schmerzskaalen (CE5, 2.3.1)
- Kontinenzprofile (CE2, 2.6.3)
- WHO-Skala des Allgemeinzustands (CE2, 3.1.1)
- Glasgow-Coma-Scale (CE6, 1.1.3)
- Screening zur Pneumonieprophylaxe (CE2, 3.6.1)
- Skala zur Bewertung der Dyspnoe im Kindesalter (CE5, 5.1.1, Abb. 5.4)
- Manchester-Triage-System zur Beurteilung und Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit (CE6, 1.6.5)
- Barthel-Index (CE7, 1.4.1)

Sven erfragt bei Herrn Brenner das Schmerzlevel auf einer Skala von 1–10 mit der numerischen Rating-skala zur Beschreibung von Schmerzen.



Abb. 5.13 Die Informationssammlung ist wichtig und vielseitig

1. Bilden Sie Kleingruppen. Erstellen Sie jeweils eine Mindmap mit Themen, die bei der Aufnahme angesprochen werden sollten. Fokussieren Sie eine der folgenden Personengruppen/Situationen:
 - Säugling/Kleinkind im Krankenhaus
 - 30- bis 50-jährige Person vor einer geplanten OP
 - 30- bis 50-jährige Person in der Notaufnahme mit einem unklaren Ausschlag
 - 80-jähriger Mensch in einer Pflegeeinrichtung
2. Wechseln Sie jeweils mit halber Personenzahl die Kleingruppen, sodass jeweils die Hälfte der Personen in der thematischen Kleingruppe verbleibt. Diskutieren Sie nun mögliche Emotionen und Erwartungen, die bei der Aufnahme im Spiel sein könnten. Manchen Sie sich Notizen.

Wichtig ist, aus den im 1. Pflegeprozessschritt gesammelten Informationen alle Ressourcen zu erkennen, um sie zur Bewältigung der aktuellen Situation zu nutzen. Beispielhafte Ressourcen sind (Abb. 5.14):

- körperliche Fähigkeiten wie Beweglichkeit von Gliedmaßen, selbstständiges Laufen, selbstständige Körperpflege (komplett oder teilweise), selbstständige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Vorhandensein von und gekonnter Umgang mit Hilfsmitteln, z. B. Rollator, Inhaliergerät, Hörgeräte
- Fähigkeit, Bedürfnisse und Wünsche zu äußern
- Bereitschaft zur Mithilfe
- Verständnis für die Notwendigkeit einer Maßnahme
- Bereitschaft, über die Lebenssituation zu sprechen
- vertrauter Kontakt zu Angehörigen, Bezugspersonen, Seelsorge und/oder Pflegefachperson
- günstiges Wohnumfeld, z. B. ebenerdige Wohnung, Aufzug
- finanzielle Rücklagen, z. B. zur Anpassung des Wohnumfelds

5.2.2 Ressourcen und Pflegeprobleme benennen

Ressourcen

Der Begriff **Ressource** stammt aus der Wirtschaft und bezeichnet die verfügbaren Mittel, die zur Erreichung eines Ziels genutzt werden können. In der Pflege wird der Begriff in einem breiteren Sinn verwendet. Mit Ressource ist hier alles gemeint, was die zu pflegende Person unterstützt, ihre Lebensqualität zu verbessern oder zu erhalten, Pflegeproblemen zu begegnen oder Risiken zu mindern. Ressourcen können physischer, psychischer, kognitiver oder sozialer Art sein, aber auch eine günstige Umgebung, der Umgang mit Hilfsmitteln oder ein finanzielles Polster.

► Merke

Das Verhältnis zwischen der zu pflegenden Person und **Angehörigen** spielt eine wichtige Rolle in der Pflege. Angehörige können die gesundheitliche Entwicklung positiv beeinflussen, z. B. indem sie die betroffene Person unterstützen oder versorgen. Aber sie können sie auch behindern, z. B. aufgrund von Unwissenheit, Überforderung oder grundsätzlichen Problemen in der Beziehung zu dem zu pflegenden Menschen.

Eine Ressource von Herrn Brenner besteht darin, dass er seine Wünsche klar äußern kann. Sein junges Alter ist eine Ressource im Genesungsprozess und für die Wiederherstellung seiner Mobilität.



Abb. 5.14 Mögliche Ressourcen

Erstellen Sie in Partnerarbeit eine ABC-Liste zu 2 der Ressourcenbereiche physisch, psychisch, kognitiv oder sozial.

↓ ABC-Liste

Pflegeprobleme

Ein **Pflegeproblem** beschreibt einen Grund, aus dem eine Person pflegerische Unterstützung benötigt, um einer Beeinträchtigung oder einem potenziellen Risiko zu begegnen. Pflegeprobleme entstehen, wenn die alltäglichen Bedürfnisse eines Menschen nicht mehr allein durch seine eigenen Ressourcen gedeckt werden können und pflegerische Maßnahmen erforderlich werden (Abb. 5.15).

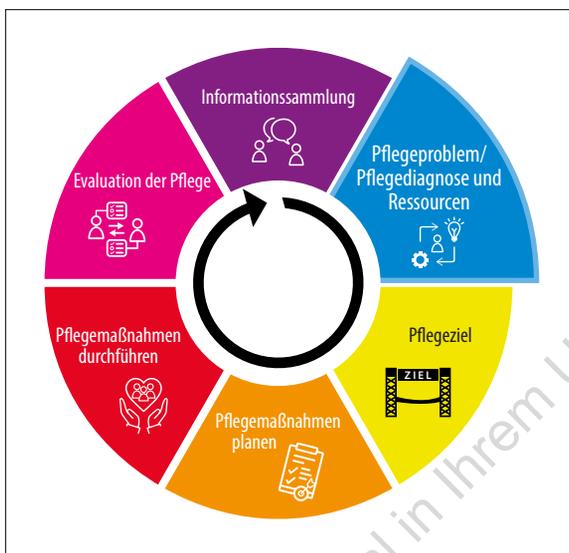


Abb. 5.15 Pflegeprobleme und Ressourcen benennen – der 2. Schritt des Pflegeprozesses

Pflegeprobleme können sich beziehen auf den

- **körperlichen Zustand**, z. B. Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit/Mobilität (laufen, stehen, Feinmotorik), eingeschränkte Fähigkeiten bei der Körperpflege, Unterstützungsbedarf beim Essen
- **sozialen/emotionalen Zustand**, z. B. Einsamkeit, Verlustangst, sozialer Rückzug
- **geistigen Zustand**, z. B. Wissensdefizite zur gesunden Ernährung, Vermeidung von Karies

Pflegeprobleme können durch gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Krankheit oder Verletzung, aber auch durch Behinderung oder Gebrechlichkeit im Alter entstehen, aber sie sind nicht identisch mit diesen.

► Merke

Pflegeprobleme bilden die **Grundlage der Pflegeplanung**. Nur wenn die individuellen Pflegeprobleme konkret bestimmt sind, kann ihnen mit den passenden Maßnahmen begegnet werden. Die Pflegefachperson **dokumentiert die Pflegeprobleme** in der **Pflegeplanung**. Diese ist grundsätzlich als Handlungsanweisung von Pflegefachpersonen für Pflegefachpersonen zu verstehen, damit nicht jede Pflegefachperson erneut Informationen sammeln, Probleme sowie Ziele festlegen und Pflegemaßnahmen planen muss, sondern die zu pflegende Person innerhalb des Pflegeteams einheitlich versorgt wird.

Während die Pflegeplanung für voraussichtlich dauerhafte oder zumindest einige Tage andauernde Pflegeprobleme angelegt wird, kann es auch akute Probleme geben, z. B. ein leichter Sturz eines Kleinkinds, der mit einer kleinen Schürfwunde einhergeht, oder ein leicht gerötetes Auge, z. B. nach Entfernung eines kleinen Fremdkörpers wie einer Wimper. Ist davon auszugehen, dass sich das Pflegeproblem ohne pflegerische Maßnahmen löst, ist es nicht notwendig, das Pflegeproblem in die Pflegeplanung aufzunehmen.

Erläutern Sie sich in Partnerarbeit gegenseitig den Unterschied zwischen medizinischer Diagnose und Pflegeproblem.

Die Pflegefachperson erkennt aus der Informationsammlung (CE1, 5.2.1) die Pflegeprobleme. Diese bespricht sie mit der betroffenen Person, um zu erkennen, ob beide Seiten die Pflegeprobleme ähnlich priorisieren (Abb. 5.16). Liegen keine kognitiven Einschränkungen oder psychische Erkrankungen vor, die das Urteilsvermögen der zu pflegenden Person beeinträchtigen, so legt sie fest, welche Pflegeprobleme im Vordergrund stehen. Unterscheiden sich die Prioritäten von zu pflegender Person und Pflegefachperson, so erläutert und begründet die Pflegefachperson ihre Position auf Basis ihres Fachwissens (Abb. 5.17).

Pflegeprobleme formulieren

Nur wenn das Pflegeproblem präzise bestimmt wird, kann die Pflegefachperson passende Pflegemaßnahmen planen und damit individuell auf die betroffene Person eingehen. Zudem können konkret festgelegte Pflegeprobleme leichter mit der betroffenen Person, aber auch im Team besprochen werden. Daher werden Pflegeprobleme nach der **PÄSR-Struktur** formuliert (Tab. 5.1).



Abb. 5.16 Die zu pflegende Person und die Pflegefachperson können Pflegeprobleme unterschiedlich einschätzen

Abb. 5.17 Unterschiedliche Pflegeziele bespricht die Pflegefachperson mit der zu pflegenden Person

Pflegeprobleme einordnen

Pflegeprobleme werden priorisiert (Abb. 5.18), also nach Wichtigkeit bzw. Dringlichkeit bewertet. Diese Einteilung ist für die Pflegeplanung und somit die pflegerische Versorgung bedeutsam:

- **Aktuelle Pflegeprobleme**, z. B. akute Schmerzen oder die Gefahr einer Unterzuckerung bei einem Menschen mit Diabetes mellitus, erfordern eine sofortige Intervention.
- **Potenzielle Pflegeprobleme** sind noch nicht vorhanden. Das Risiko, dass das Problem entsteht, ist

bei der betroffenen Person jedoch erhöht. Ein Beispiel ist das Risiko eines Dekubitus (Druckgeschwür) oder eines Atemwegsinfekts bei einer bettlägerigen Person.

- **Verdeckte Pflegeprobleme** sind nicht auf Anhieb erkennbar, weil die betroffene Person sie nicht äußert, sie selbst nicht erkennt oder einfach nicht als Problem wahrnimmt. Dies kann z. B. ein Wissensdefizit zur Hautpflege oder eine mit Hilfsmitteln kompensierte Harninkontinenz sein.

Tab. 5.1 Formulierung von Pflegeproblemen nach der PÄSR-Struktur
(Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2005)

Bestandteil der Problemformulierung	Bedeutung	Mögliche Fragen, um das Problem zu erkennen
Problem	Art des Problems	<ul style="list-style-type: none"> • Wie genau zeigt sich das Problem? • Welche Funktion oder Aktivität ist eingeschränkt? • Fehlen spezifische Kenntnisse?
Ätiologie (Ursache)	Ursache und Einflussfaktoren des Problems	<ul style="list-style-type: none"> • Warum besteht das Problem? • Wie stark ist es? • In welchem Zusammenhang steht es? • Wodurch wird es beeinflusst? • Welche Risikofaktoren gibt es?
Symptom	Anzeichen des Problems	<ul style="list-style-type: none"> • Wie äußert sich das Problem? • Welche Beschwerden haben Sie? • Was funktioniert nicht mehr?
Ressource	Faktoren, die das Problem mildern oder lösen	<ul style="list-style-type: none"> • Was hilft, mit dem Problem umzugehen? • Gibt es Ideen zur Lösung des Problems?

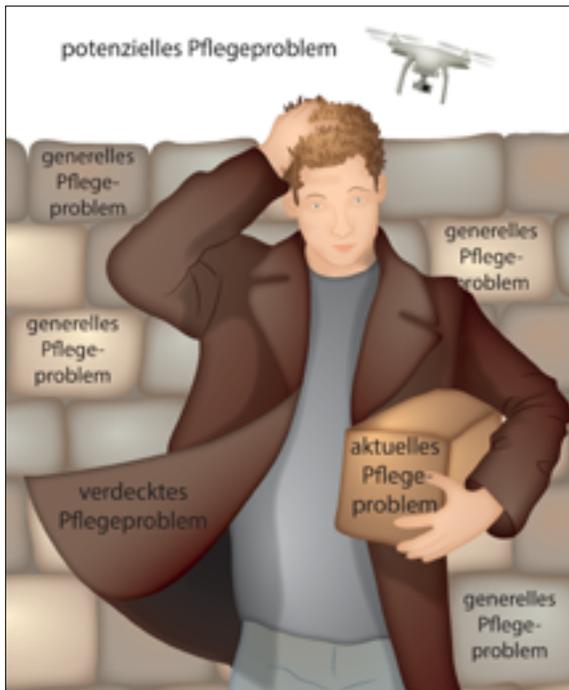


Abb. 5.18 Dimensionen von Pflegeproblemen

- **Generelle Pflegeprobleme** besitzen Allgemeingültigkeit, z. B. die Gefahr einer Dehydratation (Flüssigkeitsmangel) bei älteren Menschen, die postoperative Thrombosegefahr bei reduzierter Mobilität oder die Infektionsgefahr aufgrund eines intravenösen Zugangs.
- **Individuelle Pflegeprobleme** betreffen die einzelne Person und sind entsprechend vielfältig.

1. Identifizieren Sie das wichtigste aktuelle Pflegeproblem von Herrn Brenner und formulieren Sie es nach der PÄSR-Struktur.
2. Bilden Sie 3 Gruppen und bearbeiten Sie für Herrn Brenner die folgenden Problembereiche: potenzielle Pflegeprobleme, verdeckte Pflegeprobleme, generelle Pflegeprobleme. Beachten Sie den Grund des Krankenhausaufenthalts von Herrn Brenner und sein Alter. Stellen Sie sich Ihre Ergebnisse im Kurs vor und diskutieren Sie.

Pflegephänomene

Pflegephänomene (CE1, 4.4.1) sind spezifische, beobachtbare Zustände, Ereignisse oder Veränderungen einer zu pflegenden Person. Sie können körperlicher, emotionaler, sozialer, psychischer oder kognitiver Art sein und sind oft Ausdruck der Reaktionen der Person auf ihre Krankheit, Verletzung oder gesundheitliche

Einschränkung. Ein Pflegephänomen kann verschiedene Formen annehmen:

- **Körperliche Phänomene**, z. B. Schmerz, Schwellung, Hautveränderung, verminderte Mobilität oder Beeinträchtigung der Atmung, sind objektiv beobachtbar und messbar.
- **Psychische und emotionale Phänomene**, z. B. Angst, Depression oder Stress, sind häufig subjektiv und erfordern eine genaue Beobachtung und einfühlsame Kommunikation.
- **Soziale Phänomene**, z. B. soziale Isolation, mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld oder Konflikte in der Familienstruktur, können sich negativ auf die Bewältigung von Pflegeproblemen auswirken.

Bei Herrn Brenner zeigen sich die Pflegephänomene Schmerz und Müdigkeit.

Pflegediagnosen

International werden Pflegeprobleme nicht selten nach einer **Klassifikation**, also einem Ordnungssystem, geordnet. In diesem Zusammenhang werden Pflegeprobleme als **Pflegediagnosen** bezeichnet. Es gibt verschiedene **Klassifikationssysteme**, die speziell entwickelt wurden, um eine einheitliche und standardisierte Kommunikation über Pflegeprobleme zu ermöglichen. Um mit Pflegediagnosen zu arbeiten, müssen Pflegeprobleme, deren Ursache(n) und Risikofaktoren erfasst und berücksichtigt werden. Dazu geht die Pflegefachperson entsprechend sorgfältig in der Informationssammlung (CE1, 5.2.1) vor. In Deutschland ist die Nutzung von Klassifikationssystemen für Pflegeprobleme bzw. die Anwendung von Pflegediagnosen noch nicht flächendeckend verbreitet.

► Merke

Pflegediagnosen sind nicht mit medizinischen Diagnosen zu verwechseln, die sich mit den pathophysiologischen Veränderungen eines Menschen beschäftigen.

NANDA-I

Die **NANDA International** ist eine der bekanntesten Organisationen zur Entwicklung von Pflegediagnosen. Die **NANDA-I-Klassifikation** bietet eine umfassende Sammlung an Pflegediagnosen, die auf der Analyse und Beschreibung von Pflegeproblemen basieren und in 13 Domänen unterteilt sind:

1. Gesundheitsförderung
2. Ernährung
3. Ausscheidung und Austausch
4. Aktivität/Ruhe

5. Wahrnehmung/Kognition
6. Selbstwahrnehmung
7. Rollenbeziehungen
8. Sexualität
9. Coping/Stresstoleranz
10. Lebensprinzipien
11. Sicherheit/Schutz
12. Comfort
13. Wachstum/Entwicklung

Auch der akute Schmerz, wie bei Herrn Brenner, ist eine Pflegediagnose. Diese gehört zur Domäne 12 – Comfort.

Jede NANDA-I-Diagnose verfügt über einen Diagnose-titel, z. B. „Akuter Schmerz“. Allen Diagnosetiteln folgt jeweils eine Definition. Beim akuten Schmerz lautet diese „Unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigungen herrührt oder als solche Schädigungen beschreiben werden kann [...]“; plötzlicher oder allmählicher Beginn mit einer Intensität von leicht bis schwer, einem erwarteten oder vorhersagbaren Ende und einer Dauer von weniger als 3 Monaten.“ (Herdman et al. 2022, S. 622).

Folgende Bereiche können zu einer Pflegediagnose beschrieben sein:

- bestimmende Merkmale
- beeinflussende Faktoren
- Risikofaktoren
- Risikopopulation (Gruppe der Menschen mit erhöhtem Risiko für die Pflegediagnose)
- assoziierte (verbundene) Bedingungen

Ein bestimmendes Merkmal beim akuten Schmerz lautet: „berichtet Schmerzintensität anhand einer standardisierten Schmerzskala“ (Herdman et al. 2022, S. 622). Dies ist bei Herrn Brenner der Fall, als er angibt, auf einer Skala von 0–10 Schmerzen der Stärke 7 zu haben.

ENP

Das **ENP-System (European Nursing care Pathways)** ist ein europäisches Klassifikationssystem. Es wurde entwickelt, um kulturelle und regionale Unterschiede in der Pflegepraxis zu berücksichtigen.

ICNP

Die **International Classification for Nursing Practice (ICNP)** wurde vom International Council of Nurses (ICN,

CE1, 3.5.1) entwickelt und umfasst sowohl Pflegediagnosen als auch Pflegeinterventionen und -ergebnisse.

POP

Die **POP-Klassifikation (Praxisorientierte Pflegediagnostik)** hat einen pflegeprozessbasierten Ansatz. Die Pflegediagnosen werden im Kontext des gesamten Pflegeprozesses betrachtet und ähneln dem Aufbau der NANDA-I-Pflegediagnosen. Die POP-Klassifikation ist besonders auf die Pflegepraxis zugeschnitten und wird vor allem in deutschsprachigen Ländern angewendet.

► Tipp

Neben Klassifikationssystemen für Pflegediagnosen gibt es weitere Systeme, z. B. für Pflegemaßnahmen die Nursing Intervention Classification (NIC) oder für Pflegeergebnisse die Nursing Outcome Classification (NOC). In Deutschland ist ihre Anwendung jedoch (noch?) sehr selten.

Je besser Pflegediagnosen bzw. Pflegeprobleme – je nach Arbeitsweise der Einrichtung – bestimmt werden (Abb. 5.19), desto besser können die Pflegemaßnahmen darauf abgestimmt werden.



Abb. 5.19 Pflegeprobleme und Ressourcen sollte die Pflegefachperson genau kennen und beschreiben können

1. Erstellen Sie in Gruppen von 3–4 Personen eine ABC-Liste mit möglichen Pflegeproblemen, die Sie aus Ihrer bisherigen Erfahrung – beruflich wie privat – kennen. Schlagen Sie dazu bei Bedarf im Register dieses Buchs nach.

↓ ABC-Liste

2. Ergänzen Sie anschließend zu jedem Pflegeproblem nach dem PÄSR-Prinzip jeweils mindestens eine Ursache (Ätiologie), mindestens ein Symptom und eine potenzielle Ressource, die das Pflegeproblem mildern könnte.

5.2.3 Pflegeziele festlegen

Die Formulierung von **Pflegezielen** ist ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses und trägt maßgeblich zur Pflegequalität bei (Abb. 5.20). Pflegeziele helfen, die Richtung und den Zweck der Pflegemaßnahmen zu definieren und sie ermöglichen eine systematische Überprüfung des Pflegeerfolgs. Dies gilt nicht nur für die Pflegefachperson, sondern auch für den zu pflegenden Menschen. Durch das Pflegeziel kann er die Wirksamkeit der Maßnahme erleben und bewerten. Daher legt die Pflegefachperson gemeinsam mit der zu pflegenden Person auf Basis der Pflegeprobleme, Ressourcen und Risiken das Pflegeziel fest (Abb. 5.21). Dieses beschreibt einen erwünschten Zustand, den es durch Pflegemaßnahmen (CE1, 5.2.4) zu erreichen gilt. Somit können Pflegeziele folgende Dimensionen haben:

- **körperliche Dimension**, z. B. Fähigkeit zu einer bestimmten Bewegung, bestimmter Hautzustand
- **kognitive Dimension**, z. B. Wissen um Risikofaktoren von Kurzatmigkeit oder um den Umgang mit einem Blutzuckermessgerät
- **psychische Dimension**, z. B. Gefühl von Sicherheit im Umgang mit einer medizinischen Therapie, möglichst wenig depressive Episoden
- **soziale Dimension**, z. B. Teilhabe eines Kindes trotz Behinderung an einem Kindergeburtstag, Vermeidung von Einsamkeit

Bei Bedarf erläutert die Pflegefachperson auf Basis ihres Fachwissens, warum sie ein bestimmtes Ziel anstrebt.

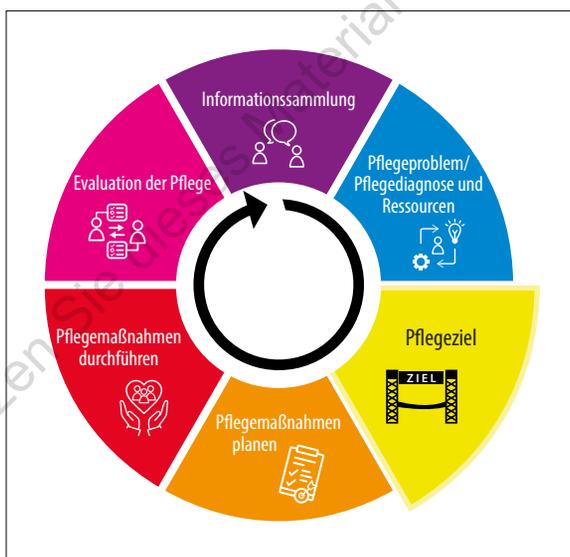


Abb. 5.20 Pflegeziele festlegen – der 3. Schritt des Pflegeprozesses

► Setting

Gerade in der **ambulanten und stationären Langzeitpflege** von älteren Menschen spielt die **Biografie** (CE9, 1.3.1) bei der Festlegung der Pflegeziele eine wichtige Rolle.

► Merke

Die **Pflegeziele** werden in der **Pflegeplanung** dokumentiert.

SMART-Regel

Die **SMART-Regel** (Abb. 5.22) ist eine Methode, um präzise und überprüfbare Pflegeziele zu formulieren. Pflegeziele sollten SMART sein:

S – spezifisch

- konkret und eindeutig formuliert
- genau beschrieben, was erreicht werden soll

Die Schmerzen von Herrn Brenner werden gemindert.

M – messbar

- messbare Zielerreichung bzw. messbarer Fortschritt
- klare Kriterien der Zielerreichung

Die Schmerzen von Herrn Brenner liegen bei maximal 3 auf der numerischen Ratingskala.

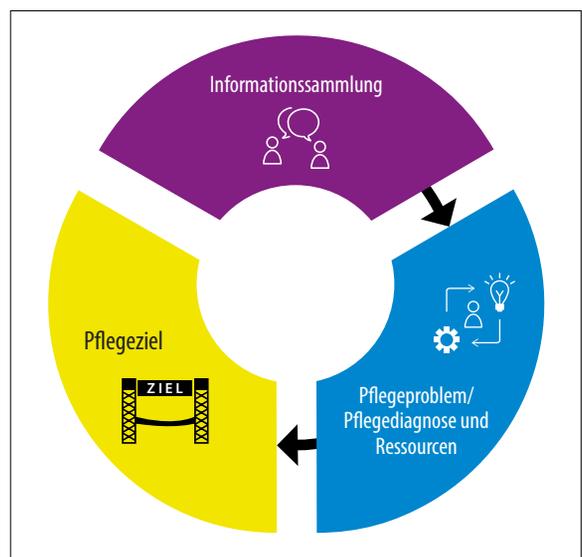


Abb. 5.21 Von der Informationsammlung zum Pflegeziel

A – akzeptiert

- Akzeptanz der Ziele durch die zu pflegende Person und die Pflegefachperson
- Motivation der zu pflegenden Person, das Ziel zu erreichen

Herr Brenner ist mit dem Ziel einverstanden und erklärt, dass er mit Schmerzen der Stärke 3 zurechtkommt.

R – realistisch

- erreichbare Ziele
- den physischen, psychischen, geistigen und sozialen Rahmenbedingungen entsprechend
- umsetzbar in einem angemessenen Zeitrahmen und mit den verfügbaren Ressourcen

Aufgrund der vorangegangenen OP ist eine komplette und lückenlose Schmerzfremheit von Herrn Brenner unrealistisch. Realistisch ist jedoch, die Schmerzen nicht über die Stärke 3 steigen zu lassen, möglichst noch geringer zu halten und Schmerzspitzen durch rechtzeitige Maßnahmen zur Schmerzreduktion zu vermeiden.

T – terminiert

- klarer Zeitrahmen bis zur Zielerreichung
- ggf. Zeitpunkte für Zwischenziele

Je nach individueller Situation könnte angestrebt werden, dass Herr Brenner bis zur Entlassung komplett schmerzfrei ist.

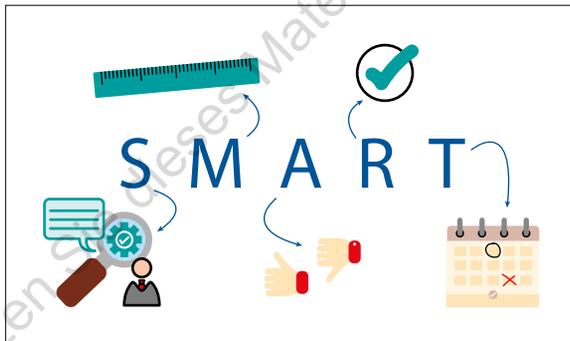


Abb. 5.22 SMART-Regel

► Merke

Je mehr Gefahren vom Pflegeproblem ausgehen, desto kurzfristiger terminiert die Pflegefachperson.

Die SMART-Regel erleichtert, Pflegemaßnahmen konkret auf die Pflegeziele abzustimmen und in der Evaluation (Überprüfung) der Pflegeergebnisse (CE1, 5.2.6) die Zielerreichung zu beurteilen, da die Ergebnisse messbar werden.

► Tipp

Mitunter ist es schwierig, Ziele spezifisch und realistisch zu formulieren. Zudem kann Flexibilität notwendig sein, wenn sich die Situation der zu pflegenden Person ändert und ein Ziel nicht mehr passt (Abb. 5.23). In diesem Fall hilft eine Besprechung der Situation im Pflegeteam und mit der zu pflegenden Person.

Wählen Sie ein Pflegeproblem aus Aufgabe 1 unter CE1, 5.2.2 und formulieren Sie dazu ein Pflegeziel nach den SMART-Kriterien. Besprechen Sie anschließend Ihre Formulierung in Partnerarbeit. Wiederholen Sie den Vorgang mit einem weiteren Pflegeproblem.



Abb. 5.23 Pflegeziele sollten SMART sein, müssen aber bei Veränderung der Pflegesituation angepasst werden

5.2.4 Pflegemaßnahmen planen

Die **Planung der Pflegemaßnahmen** stellt den 4. Schritt des Pflegeprozesses dar und ist entscheidend für die Qualität der Versorgung (Abb. 5.24). Denn Ziel der **Pflegeplanung** ist, individuell bedarfsgerechte Pflegemaßnahmen zu entwickeln, die auf die physischen, psychischen und sozialen **Bedürfnisse** der zu pflegenden Person abgestimmt sind. Die Planung der Pflegemaßnahmen muss sowohl den spezifischen Zustand der zu pflegenden Person als auch die **Auswirkungen** der Maßnahmen auf deren Wohlbefinden, Lebensqualität und Selbstbestimmung berücksichtigen, denn diese sollten durch die Pflegemaßnahmen gefördert werden.

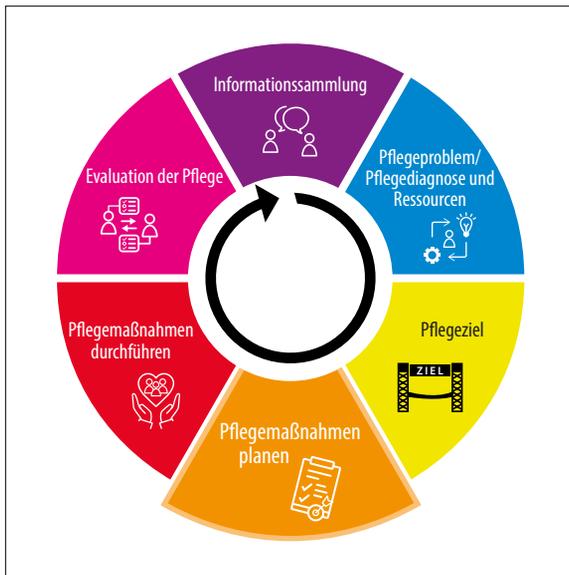


Abb. 5.24 Pflegemaßnahmen planen – der 4. Schritt des Pflegeprozesses

Individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse

Individuelle Besonderheiten zu berücksichtigen, ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pflegeplanung. Jede Person ist einzigartig und bringt eigene Aspekte mit, die in den Pflegeprozess integriert werden müssen. Dies schließt körperliche und kognitive Fähigkeiten, kulturelle Hintergründe, Alter, soziale Beziehungen und persönliche Wünsche ein. Individuell geplante Pflegemaßnahmen berücksichtigen all diese Faktoren und stellen sicher, dass der zu pflegende Mensch als Person und nicht nur als Träger von Symptomen oder Krankheiten gesehen wird. Zu diesem Zweck greift die Pflegefachperson auf die gesammelten Informationen zurück (CE1, 5.2.1), stellt bei Bedarf Rückfragen an die zu pflegende Person und **spricht die Pflegemaßnahmen mit ihr ab**.

Pflegemaßnahmen konkretisieren

Auf Basis der Informationssammlung, der definierten Pflegeprobleme, Ressourcen, aber auch Risiken sowie der Pflegeziele plant die Pflegefachperson die notwendigen Pflegemaßnahmen.

Die sogenannten W-Fragen helfen, jede Maßnahme zu konkretisieren:

- **Was** genau soll durchgeführt werden?
- **Wer** soll die Pflegemaßnahme durchführen? Pflegefachperson, Pflegefachassistenz oder die zu pflegende Person selbst? Sind ggf. mehrere Personen notwendig?
- **Wie** genau soll die Pflegemaßnahme durchgeführt werden?

► Merke

Neben den Pflegeproblemen und Ressourcen sowie den Pflegezielen werden als dritte Spalte die **geplanten Pflegemaßnahmen** in der **Pflegeplanung** dokumentiert. Die Pflegeplanung besteht somit aus:

Pflegeproblem/Ressource – Pflegeziel – Pflegemaßnahmen zur Erreichung des Ziels

Eine klare Pflegeplanung dient der transparenten Kommunikation im Pflegeteam und stellt sicher, dass jeder Schritt der Pflege nachvollziehbar ist. In vielen Settings dient die Pflegeplanung gleichzeitig als Durchführungsnachweis (CE1, 5.3.2) der Pflege.

- Sofern kein einrichtungsinterner Standard (CE1, 2.3.5) vorliegt, auf den sich die Pflegefachperson beziehen kann, ist eine konkrete Handlungsbeschreibung notwendig.
- Welches Material soll verwendet, welches pflegerische Konzept angewendet werden?
- Welche und wie viel Unterstützung benötigt die zu pflegende Person? Reicht die Beaufsichtigung, um Sicherheit zu bieten, ist eine Anleitung gefordert oder Unterstützung oder Übernahme notwendig (Abb. 5.25)?
- **Wann** genau soll die Pflegemaßnahme durchgeführt werden? Zeitpunkt, Häufigkeit am Tag oder pro Schicht? Dauer?
- **Wo** soll die Pflegemaßnahme durchgeführt werden?
 - Die Körperpflege kann z. B. im Bett, am Waschbecken, in der Dusche oder in einer Badewanne durchgeführt werden.
 - Mahlzeiten können im Bett, am Tisch oder z. B. im Speisesaal eingenommen werden.

► Merke

Auch die Information, Beratung und Anleitung (CE4, 1.2) sind Pflegemaßnahmen. Sie sollten geplant stattfinden, ihre Durchführung dokumentiert und nicht dem Zufall überlassen werden.

► Tipp

Die Erklärung der Notwendigkeit einer Maßnahme fördert die Akzeptanz der zu pflegenden Person.



Abb. 5.25 Beaufsichtigung, Anleitung, Unterstützung und Übernahme

Ärztlich angeordnete Maßnahmen

Die **Behandlungspflege** umfasst alle Maßnahmen, die zur medizinischen Versorgung einer Person notwendig, vom ärztlichen Fachpersonal angeordnet und an die Pflegefachperson delegiert sind (CES, 1.17.5). Das heißt, die Pflegefachperson führt die Tätigkeit aus. Zur Behandlungspflege gehören z. B. die Verabreichung von Medikamenten (Abb. 5.26), die Wundversorgung oder Blutzuckermessung. Diese Maßnahmen werden vom ärztlichen Fachpersonal schriftlich angeordnet und zur Vermeidung von Übertragungsfehlern sowie unnötigem Zeitaufwand nicht in die Pflegeplanung übertragen. Die Pflegefachperson kann die Anordnung auf dem **Anordnungsblatt** ablesen und bei Bedarf in der Pflegeplanung darauf verweisen.

Sven verabreicht ein angeordnetes Bedarfsmedikament, dies gehört zur sogenannten Behandlungspflege.



Abb. 5.26 Die Verabreichung von Infusionen ist eine ärztlich angeordnete Maßnahme

Psychosoziale Unterstützung

Neben der körpernahen Pflege spielt die **psychosoziale Betreuung** eine wichtige Rolle in der Pflegeplanung. Psychosoziale Bedürfnisse betreffen vor allem die emotionale, soziale und geistige Dimension des Wohlbefindens. Pflegemaßnahmen zur psychosozialen Betreuung können z. B. Gespräche, die Förderung von sozialen Kontakten, Aktivitäten zur Aufrechterhaltung

der geistigen Gesundheit, die Ermöglichung von Hobbys oder die Unterstützung bei der Bewältigung von Ängsten und Depression umfassen.

► Setting

Die Ermöglichung von Hobbys, religiösen Praktiken und die Berücksichtigung von biografisch relevanten Tätigkeiten, also Tätigkeiten, welche der betroffenen Person schon immer sehr wichtig waren, spielen vor allem in der **stationären Langzeitpflege** eine wichtige Rolle.

Pflegefachpersonen fördern eine offene Kommunikation, beziehen die zu pflegende Personen aktiv in Entscheidungsprozesse ein, nicht zuletzt aber leisten Pflegefachpersonen vor allem durch ihre empathische Haltung psychosoziale Unterstützung – und diese ist in jedem Schritt des Pflegeprozesses möglich (Abb. 5.27).

► Setting

In der **ambulanten Pflege** plant die Pflegefachperson Pflegemaßnahmen ausschließlich auf Basis der vertraglich vereinbarten Leistungen. Das bedeutet, Pflegemaßnahmen werden nur punktuell und nicht immer nach dem Bedarf der zu pflegenden Person durchgeführt.



Abb. 5.27 Die Planung passender Pflegemaßnahmen ist der Dreh- und Angelpunkt einer qualitativ hochwertigen Pflege

Herr Brenner wird aufgrund der Operation Probleme haben zu laufen. Sei es, dass er Gehhilfen benutzen muss, sei es, dass ein Verband oder Gips seine Mobilität einschränkt. Dies berücksichtigt Sven gemeinsam mit Herrn Brenner in der Maßnahmenplanung, um ihm weitestgehende Selbstständigkeit zu ermöglichen.

Erinnern Sie sich an eine Erkrankung, die Sie selbst durchgemacht haben. Gehen Sie anhand dieser Situation die W-Fragen durch und planen Sie die Maßnahmen, die Sie selbst oder andere, z. B. Angehörige, damals durchgeführt haben.

5.2.5 Pflegemaßnahmen durchführen

Sind die **Pflegemaßnahmen** präzise geplant, kann durch die Pflegeplanung sichergestellt werden, dass alle wichtigen Maßnahmen einheitlich durchgeführt und mit einem klar definierten Ziel alle Pflegeprobleme und Risiken angegangen werden (Abb. 5.28). Nur wenn sich das gesamte Pflegeteam – Pflegefachpersonen und Pflegefachassistenten – bei der Durchführung der Maßnahmen an die Pflegeplanung hält, kann in der Evaluation (CE1, 5.2.6) beurteilt werden, ob die geplanten Maßnahmen zum angestrebten Ziel geführt haben (Abb. 5.29).

► Merke

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen **dokumentiert** die Pflegefachperson, je nach Einrichtung, im **Durchführungs- oder Leistungsnachweis**. Abweichungen von der Pflegeplanung und Besonderheiten, die sie bei der Durchführung der Pflege beobachtet oder die die zu pflegende Person mitteilt, dokumentiert sie im **Pflegebericht**.

Auch in der Pflege kann es zu unerwarteten Situationen kommen. Ein Magen-Darm-Infekt wird zu Abweichungen von geplanten Ernährungsmaßnahmen führen. Die Trauer um einen verstorbenen Freund wird die geplante Teilnahme an einer Freizeitaktivität in der stationären Langzeitpflege beeinflussen. Die Verweigerung eines Kleinkinds kann dazu führen, eine Maßnahme zu verschieben. All dies gehört zum Pflegealltag. Entscheidend ist, dass die Pflegefachperson auch mit unerwarteten Situationen kompetent umgeht. Ein starres Festhalten an der geplanten Pflege wäre unprofessionell (Abb. 5.30). Die Entscheidung, von der Pflegeplanung abzuweichen, trifft die Pflegefachperson daher immer im besten Interesse der zu pflegenden Person. Dies erfordert ein hohes Maß an Fachkompetenz, um die Situation der zu pflegenden Person und ihre Bedürfnisse umfassend einzuschätzen und Folgen der Abweichungen für die Gesundheit und Lebensqualität zu beurteilen. Nicht zuletzt erfordern Abweichungen von der Pflegeplanung eine klare Kommunikation und sorgfältige Dokumentation im **Pflegebericht** (CE1, 5.3) unter Angabe der Gründe für die Abweichung (Abb. 5.31).



Abb. 5.28 Pflegemaßnahmen durchführen – der 5. Schritt des Pflegeprozesses

Sven kam mit Mathilda ins Zimmer von Herrn Brenner, um das Anamnesegespräch zu führen. Er reagierte flexibel und kümmerte sich zunächst um die Schmerzlinderung.

1. Erstellen Sie eine ABC-Liste mit Folgen, welche die Durchführung von Pflegemaßnahmen ohne Pflegeplanung hätte.

↓ ABC-Liste

2. Erklären Sie sich in Partnerarbeit gegenseitig den Sinn der Pflegeplanung (Pflegeprobleme/ Ressourcen – Pflegeziele – Pflegemaßnahmen).
3. Wie in CE1, 5.1.1 erklärt, ähnelt der Pflegeprozess einem üblichen Handlungskreislauf. Erstellen Sie jeweils die Schritte Ziele und Maßnahmen für folgende Alltags- bzw. Pflegeprobleme: Hunger haben, Konzertbesuch, mitten am Tag müde sein, aufgeschürfte Hand, Kopfschmerzen.

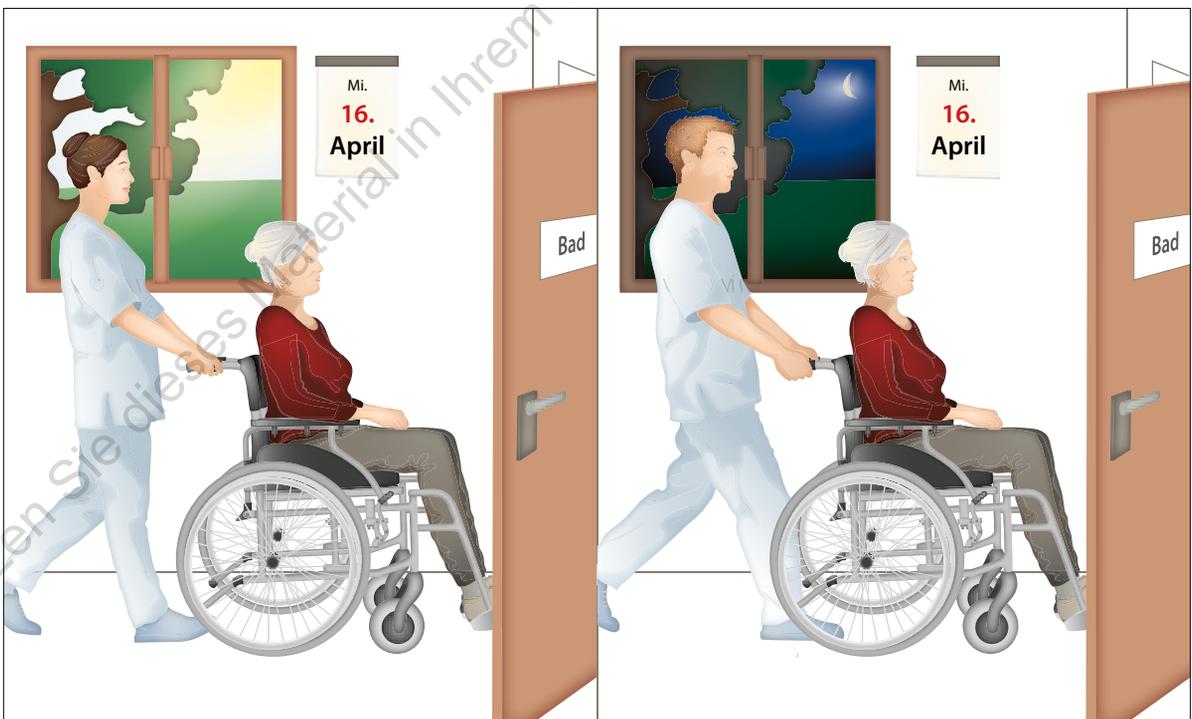


Abb. 5.29 Die Planung ist nur so gut wie ihre Durchführung: Die zu Pflegenden fragt den Pflegefachmann abends: „Hatten wir nicht vereinbart, dass ich wegen meiner trockenen Haut nur dreimal in der Woche dusche?“

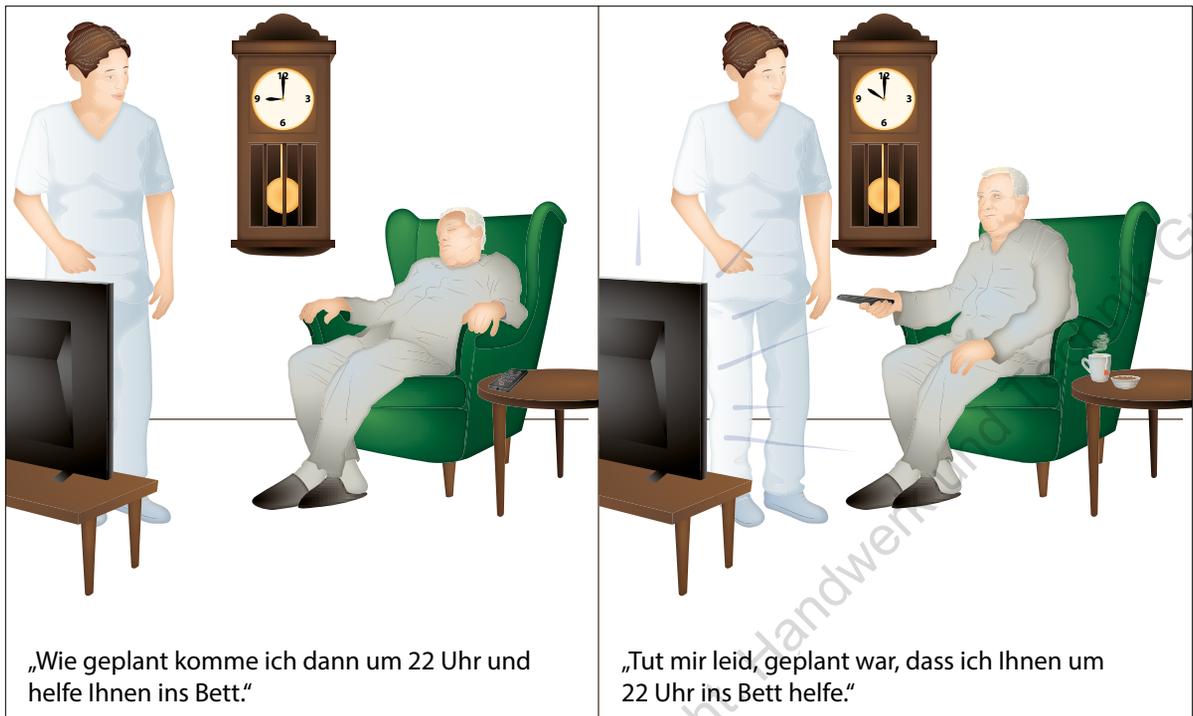


Abb. 5.30 Wenn es einen guten Grund gibt, kann von der Pflegeplanung abgewichen werden, z. B. wenn eine müde Person früher als sonst zu Bett gehen oder eine wache Person länger als sonst aufbleiben möchte



Abb. 5.31 Maßnahmen entsprechend der Planung umzusetzen, sichert die Qualität - Flexibilität bei unvorhergesehenen Situationen jedoch auch

5.2.6 Prozessschritte evaluieren

Die **Evaluation** (Überprüfung) ist

- einerseits der 6. und letzte Schritt des Pflegeprozesses (Abb. 5.32),
- andererseits startet der Pflegeprozess mit den in der Evaluation gesammelten Informationen erneut.

In der Evaluation wird die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen überprüft, aber auch die Grundlage für eine **kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität** gelegt. Ziel der Evaluation ist,

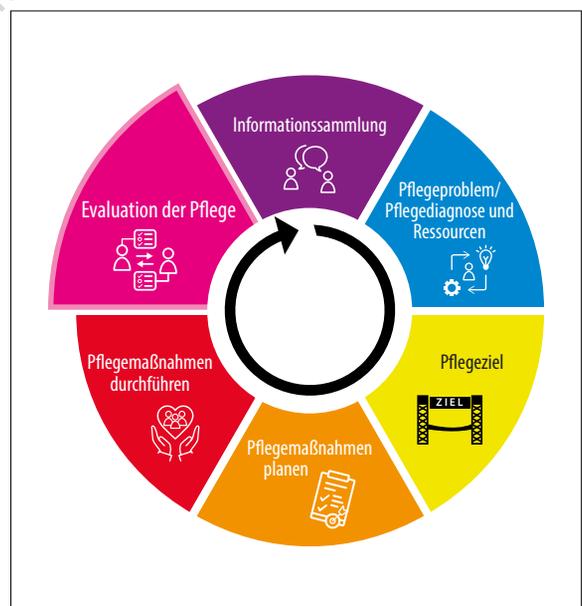


Abb. 5.32 Evaluation – der 6. Schritt des Pflegeprozesses

- die Erreichung der Pflegeziele (CE1, 5.2.3) zu messen bzw. zu beurteilen,
- den Erfolg von Pflegemaßnahmen zu bewerten und
- bei Bedarf die Pflegemaßnahmen anzupassen, um eine bessere Pflegequalität zu erreichen.

Die Evaluation ist jedoch kein einmaliges Ereignis. Vielmehr evaluiert die Pflegefachperson schon im Zuge der Durchführung der Maßnahmen, z. B. wenn sie während der Körperpflege beobachtet, wie sich eine Wunde Hautstelle entwickelt. Aber sie evaluiert auch zu dem Zeitpunkt, den sie im Rahmen der Zielbestimmung festgelegt hat (CE1, 5.2.3). Denn das Ziel sollte SMART sein, wobei **T** für **terminiert** steht und den Zeitpunkt meint, bis zu dem das Ziel erreicht sein sollte. Da sich Pflegeprobleme aber unterschiedlich schnell entwickeln, wird die Evaluation in der Regel nicht für jedes Pflegeproblem gleichzeitig terminiert (Abb. 5.33).

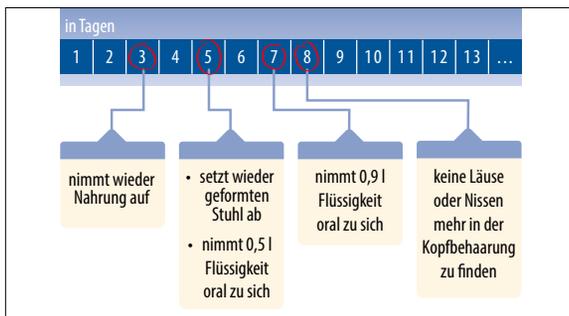


Abb. 5.33 Beispielhafte Terminierung unterschiedlicher Pflegeziele

► Merke

Ein einmal festgesetzter Termin für die Evaluation kann sich später als nicht sinnvoll erweisen. Die Pflegefachperson zieht die Evaluation z. B. vor, wenn

- sich die Situation geändert hat, z. B. ein Risikofaktor zugenommen hat,
- die betroffene Person verlegt oder entlassen wird oder
- ein Risiko eingetreten ist.

Die Erreichung eines Pflegeziels kann die Pflegefachperson entweder messen, z. B. eine Trinkmenge, oder beobachten, z. B. eine verbesserte Fähigkeit zur Selbstversorgung.

► Tipp

Entscheidend zur Beurteilung der Zielerreichung ist auch die Sichtweise der zu pflegenden Person. Daher erfragt die Pflegefachperson deren Zufriedenheit mit der aktuellen Situation.

Bei Herrn Brenner lassen sich die Schmerzen mittels Schmerzskala messen. In der täglichen Versorgung achten Sven und Mathilda darauf, dass das Ziel –

Schmerzen nicht mehr als 3 von 10 – erreicht wird. Zum Evaluationszeitpunkt betrachten sie den gesamten Schmerzverlauf.

Ist das Pflegeziel erreicht, bespricht die Pflegefachperson mit der zu pflegenden Person, ob es Gründe gibt, die Maßnahmen weiterzuführen. Gegebenenfalls kann die Maßnahme aus der Pflegeplanung gestrichen werden. Zeigt sich in der Evaluation, dass das angestrebte Ziel nicht erreicht wurde, bespricht die Pflegefachperson mit der zu pflegenden Person, was die Ursache hierfür sein könnte. Dies kann eine fehlende oder unzureichende Durchführung der Maßnahmen sein. Ein anderer Grund für die Verfehlung des Pflegeziels liegt in einer veränderten Situation. So kann sich das Pflegeproblem verändert haben oder inzwischen ein anderes Pflegeproblem im Vordergrund stehen. In diesem Fall bespricht die Pflegefachperson mit der zu pflegenden Person, welche Pflegeprobleme aktuell im Vordergrund stehen, welches Pflegeziel erreicht und/oder wie die Pflegemaßnahmen angepasst werden sollen.

Nach 3 Tagen evaluiert Sven gemeinsam mit Herrn Brenner die Schmerzsituation. Bisher haben sie das Bein zur Schmerzlinderung auch regelmäßig gekühlt. Herr Brenner sagt, dass er auch in den Zeiten ohne Kühlung des Beins kaum Schmerzen habe. In Absprache verzichten sie fortan auf die Kühlung. Sven streicht sie aus der Pflegeplanung.

Neben den mess- und beobachtbaren Zielen kann über einige Ziele am besten die betroffene Person berichten. Hierzu kann sie im Evaluationsgespräch ihre subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen schildern. Dies bietet sich insbesondere – bei Bedarf ergänzend zur Beobachtung der Person – bei psychischen oder emotionalen Problemen wie Angst, Sorge oder Trauer an. Aber auch Übelkeit, Appetit oder die Qualität von Schmerzen lassen sich am ehesten durch Worte schildern. Durch Rückfragen und die Erkundigung nach Informations-, Beratungs- oder Anleitungsbedarf kann die Pflegefachperson den Bedarf weiterer Maßnahmen einschätzen.

► Tipp

Die Evaluation dient auch dazu, nicht zielführende Maßnahmen nicht dauerhaft weiterzuführen, da dies Ressourcen verschwenden würde, ohne die Situation des Pflegeempfängers zu verbessern. Gleichzeitig dient die Vielzahl der Evaluationen bei verschiedenen Pflegeempfängern dazu, die Erfahrung und das Wissen der Pflegefachpersonen zu erweitern.



Abb. 5.34 Die Evaluation ist Abschluss und Beginn eines (neuen) Pflegeprozesses zugleich

Diskutieren Sie im Kurs: Was würde passieren, wenn die Evaluation im Pflegeprozess fehlen würde? Schreiben Sie die Vorteile der Evaluation auf Moderationskarten und clustern Sie diese.

5.3 Pflegedokumentation

5.3.1 Zwecke der Pflegedokumentation

Die **Pflegedokumentation** ist ein zentrales Instrument im Pflegealltag und in erster Linie für die Qualität der Pflege bedeutsam. Denn sie ermöglicht, die **Qualität der Pflege** zu überwachen und zu evaluieren. Durch die Prüfung der Dokumentation können Schwachstellen im Pflegeprozess identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung ergriffen werden. Aus diesem Grund sollte sie präzise, korrekt und vollständig sein.

Sven dokumentiert die Schmerzstärke, die Herr Brenner angibt, sowie den Zeitpunkt der Schmerzmittelgabe, der kurz vor der Übergabe liegt. Eine Pflegefachperson aus dem Spätdienst kann den Verlauf der Schmerzen und die Wirkung des Schmerzmedikaments nachvollziehen, wenn sie sich bei Herrn Brenner nach der aktuellen Schmerzstärke erkundigt.

► Merke

Einrichtungen, die eine hohe Qualität in der Pflege anstreben, setzen auf eine sorgfältige und umfassende Pflegedokumentation, um die Pflegequalität kontinuierlich zu verbessern.

Die Pflegedokumentation ist eine wichtige **Informationsquelle**. Sie ermöglicht eine lückenlose Nachverfolgung des Pflegeprozesses, von der Aufnahme einer Person bis zu ihrer Entlassung. Die Pflegefachperson kann jederzeit auf die Informationen zugreifen, um den

Pflegeprozess kontinuierlich zu überwachen und bei Bedarf Anpassungen vorzunehmen (Abb. 5.35). Gleichzeitig bietet die Pflegedokumentation eine transparente Grundlage für die **interdisziplinäre Kommunikation** und fördert somit den Informationsaustausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen, z. B. mit dem ärztlichen Fachpersonal, Therapeuten und Sozialarbeiterinnen. So können z. B. auch im Notfall alle relevanten Informationen über den Zustand der zu pflegenden Person und durchgeführte Maßnahmen jederzeit abgerufen werden.

► Setting

In der **ambulanten Pflege** begegnen sich die verschiedenen Berufsgruppen, z. B. Hausarzt, Therapeutin und Pflegefachperson, fast nie. Daher erfolgt hier die Informationsweitergabe entweder telefonisch oder über die Pflegedokumentation.

Die Pflegedokumentation verbleibt hier in der Wohnumgebung der zu pflegenden Person (Abb. 5.36). Daher kann die Pflegefachperson auf diese nur zugreifen, sofern sie bei der betreffenden Person im Einsatz ist. Nur wenn die Gefahr besteht, dass die zu pflegende Person die Dokumentation vernichten oder verlegen könnte, z. B. aufgrund kognitiver Einschränkungen, darf die Dokumentation in der Zentrale des Pflegedienstes gelagert werden.

Aus **rechtlicher Sicht** stellt die Pflegedokumentation einen wichtigen Nachweis über die erbrachten Pflegeleistungen dar. Sollte es zu einem Rechtsstreit oder einer Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst kommen, kann die Dokumentation als Beleg für die ordnungsgemäße Pflege herangezogen werden. Somit schützt sie sowohl die Pflegefachpersonen als auch die Institution vor möglichen Haftungsansprüchen und hilft, etwaige Missverständnisse über erbrachte Leistungen zu vermeiden.

Käme es zu einem Rechtsstreit aufgrund eines angeblich nicht fachgerechten Schmerzmanagements, könnte die Einrichtung, in der Sven arbeitet, belegen, dass die Schmerzstärke erfasst und Schmerzmittel verabreicht wurden.

Ein weiterer Aspekt der Pflegedokumentation ist ihre Funktion als **Grundlage für das Abrechnungswesen**. Je nach Art der Finanzierung der Pflege und Versicherungsstatus der betroffenen Person (gesetzlich oder privat) können die erbrachten Pflegeleistungen zu Abrechnungszwecken herangezogen werden. Dies erfordert eine genaue, nachvollziehbare Dokumentation.

Eine fehlerhafte oder unvollständige Dokumentation kann zu Problemen bei der Abrechnung und zu finanziellen Verlusten der Pflegeeinrichtungen führen.

► Setting

Gerade in der **ambulanten Pflege** ist es wichtig, alle vertraglich vereinbarten Einzelleistungen zu dokumentieren, damit die erbrachten Leistungen abgerechnet werden können. Diese Dokumentation nimmt die Pflegefachperson im **Leistungsnachweis** vor.



Abb. 5.35 Die Pflegedokumentation – eine wichtige Informationsquelle



Abb. 5.36 Dokumentationsmappe in der häuslichen Umgebung

5.3.2 Bestandteile der Pflegedokumentation

Zur Pflegedokumentation gehören alle Dokumente, die das Pflegeteam führt **und** die die zu pflegende Person betreffen. Das heißt: Nicht alle Dokumente, die vom Pflegeteam ausgefüllt werden, gehören zur Pflegedokumentation. Wird z. B. die Temperatur des Medikamentenkühlschranks dokumentiert, so ist dafür zwar oft das Pflegeteam zuständig, aber der Dokumentationsbogen für die Kühlschranktemperatur gehört nicht zur Pflegedokumentation.

Die Pflegedokumentation enthält verschiedene Dokumente und Formulare, die je nach Setting, zu versorgendem Personenkreis und Einrichtung unterschiedlich aufgebaut sein können. Das **Stammdatenblatt** ist für alle beteiligten Berufsgruppen sowie für die Abrechnung relevant und erhält vor allem Daten wie Name, Geburtsdatum, Wohnort usw.

Die gängigsten Dokumente zur Dokumentation der Pflege sind:

- **Informationssammlung/Anamnesebogen:** Hier dokumentiert die Pflegefachperson Wünsche und Erwartungen der zu pflegenden Person an die pflegerische Versorgung sowie alle Erkenntnisse aus der Informationssammlung bzw. dem Anamnesegespräch (CE1, 5.2.1).
- **Pflegeplanung:** In dieser dokumentiert die Pflegefachperson Pflegeprobleme, Ressourcen und Risiken der zu pflegenden Person sowie die Ziele der Pflege und die geplanten Pflegemaßnahmen.
- Im **Durchführungsnachweis** zeichnet die Pflegefachperson Maßnahmen ab, die nach Plan durchgeführt wurden. In der ambulanten Pflege wird dieses Dokument auch als Leistungsnachweis bezeichnet.
- Im **Pflegebericht** werden Äußerungen der zu pflegenden Person, Beobachtungen, aber auch Abweichungen vom Pflegeplan dokumentiert.
- In der sogenannten **Kurve** bzw. im **Überwachungsblatt** dokumentiert das Pflegeteam vor allem Vitalzeichen, aber bei Bedarf auch weitere Parameter, die häufiger erhoben werden können, z. B. das Gewicht. Da die Dokumentation der Körpertemperatur meist viel Platz auf dem Dokument einnimmt, wird das Dokument mitunter auch als **Fieberkurve** bezeichnet.

Sven dokumentiert die bei den Kontrollgängen erhobenen Vitalzeichen in der Kurve. Die jeweils erfragte Schmerzstärke notiert er im Schmerzprotokoll. Verabreichte Schmerzmedikamente zeichnet er im Anordnungsbogen des ärztlichen Fachpersonals ab. Informationen aus dem Anamnesegespräch verschriftlicht er im Anamnesebogen. Die mit Herrn Brenner gemeinsam bestimmten Pflegeprobleme, Ziele und Maßnahmen dokumentiert er in der Pflegeplanung.

Abb. 5.37 zeigt den Aufbau einer möglichen Pflegedokumentation.

► Setting

Je nach **Setting** kommen weitere Dokumente hinzu. Dies können z. B. ein Tellerprotokoll zur Dokumentation von Essensmengen, ein Bilanzierungsbogen zur Flüssigkeitsaufnahme und -ausscheidung oder ein Hustenprotokoll sein. In der **stationären Langzeitpflege** von älteren Menschen kommt insbesondere ein **Biografiebogen** hinzu.

Die Pflegefachperson entscheidet auf Basis ihres Fachwissens, welche weiteren Dokumente benötigt werden.

Bitte Sie bei Ihrem Träger der praktischen Ausbildung um ein Exemplar des Anamnesebogens in Form eines Ausdrucks. Vergleichen Sie diese in Kleingruppen, präsentieren Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Kurs. Fassen Sie Optimierungspotenziale zusammen.

5.3.3 Form der Pflegedokumentation

Grundsätzlich kann die Pflegedokumentation auf Papier oder elektronisch stattfinden. Vorteil der **papierbasierten Dokumentation** ist die einfache Handhabung. Nachteile können hinsichtlich der Lesbarkeit, Archivierung und des Datenschutzes bestehen. In großen Einrichtungen wie Krankenhäusern werden häufig **Krankenhausinformationssysteme (KIS)** eingesetzt, die alle Daten zusammenführen: medizinische, pflegerische und administrative. Diese Systeme ermöglichen eine umfassende und effiziente Informationsweitergabe über verschiedene Abteilungen hinweg. KIS können an die jeweiligen Bedürfnisse einer Abteilung angepasst und Informationen somit spezifisch und zielgerichtet weitergegeben werden. Relevant ist ein Rechte- und Rollensystem, das festlegt, wer welche Informationen einsehen, eingeben und ändern darf. Die Anbindung an die elektronische Patientenakte (ePA) wird mit einem KIS ebenfalls ermöglicht.

► Tipp

Informationen zur **elektronischen Patientenakte (ePA)**: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle.html

5.3.4 Korrekt dokumentieren

Für eine korrekte Pflegedokumentation, die eindeutig und rechtssicher ist, beachtet die Pflegefachperson folgende Grundsätze:

- Angabe von Datum und Uhrzeit
- Handzeichen der durchführenden Pflegefachperson, ggf. Login in das elektronische Dokumentationssystem mit eigenem Passwort

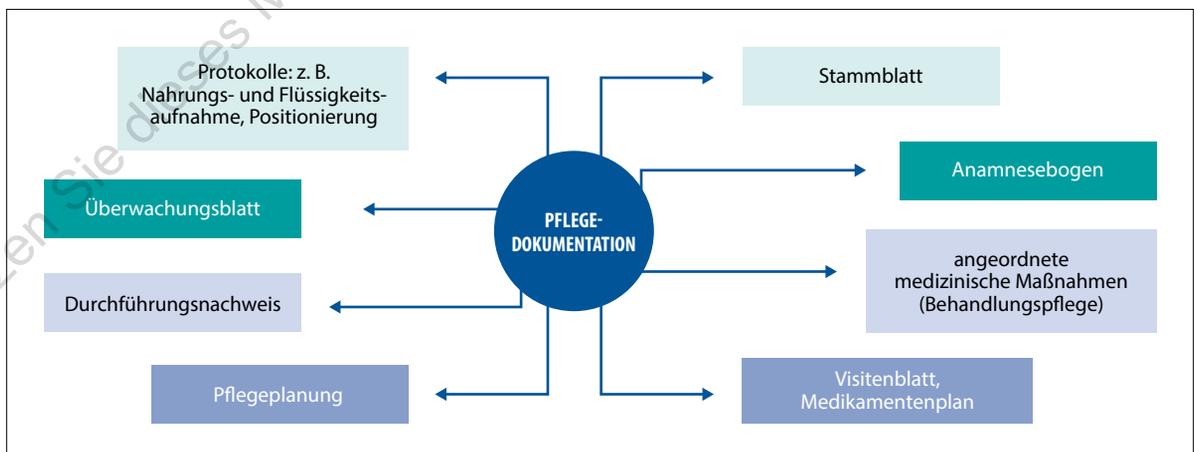


Abb. 5.37 Möglicher Aufbau einer Pflegedokumentation

- Fehler so durchstreichen, dass sie lesbar bleiben, und kenntlich machen, mit Handzeichen versehen
- nur allgemeinverständliche Abkürzungen verwenden
- dokumentenechten Stift verwenden, der nicht gelöscht werden kann

► Tipp

In elektronischen Dokumentationssystemen können einige Inhalte ggf. automatisch angegeben werden, z. B. die Uhrzeit der Dokumentation. Die Pflegefachperson dokumentiert, wenn sich ihre Angabe auf eine andere Uhrzeit bezieht, sie z. B. um 17:30 Uhr eine Maßnahme dokumentiert, die sie um 16 Uhr durchgeführt hat.

Auch ist es wichtig, **objektiv und sachlich zu dokumentieren**. Subjektive Bewertungen oder Interpretationen, die nicht durch konkrete Beobachtungen oder Fakten gestützt werden, vermeidet die Pflegefachperson. Emotionsgeladene oder wertende Formulierungen sind unangebracht, denn alle lesenden Personen sollten sich ein objektives Bild von der Situation machen können, um objektive Entscheidungen treffen zu können.

► Merke

Die zu pflegende Person hat ein Einsichtsrecht in die über sie geführte Dokumentation.

Die Dokumentation und insbesondere der Pflegebericht sollten **vollständig** sein. Dies bedeutet, dass sich eine fremde Person mit fachlichem Hintergrund anhand der Dokumentation einen Eindruck von der Pflegesituation verschaffen können muss. Es dürfen also keine wesentlichen Details weggelassen werden. Gleichzeitig fokussiert die Pflegefachperson die **relevanten Informationen** und verfasst keine ausschweifenden Berichte mit individuell nicht relevanten Inhalten. Insbesondere sollten die Situation, Zustandsveränderungen und nachfolgende Maßnahmen, deren Auswirkungen und besondere Vorkommnisse klar aus der Dokumentation hervorgehen. Schließlich sollte die Dokumentation lesbar sein, was für die Handschrift bzw. Schriftart und -größe bei der elektronischen Dokumentation, aber auch für die Sprache/Formulierung gilt.

1. Besprechen Sie in Partnerarbeit: Warum ist die korrekte Dokumentation so wichtig? Was könnte passieren, wenn sie nicht beachtet wird? Notieren Sie Ihre Argumente.

2. Überprüfen Sie Ihre Argumente aus Aufgabe 1 nun an folgendem Beispiel: „Herr R. stürzte als --- [unlesbar durchgestrichen], dann NF aktiviert; [Datum, Uhrzeit und dokumentierende Pflegefachperson nicht erkenntlich].“

- a) Der Sturz von Herrn R. ist glimpflich ausgegangen. Die Pflegedienstleitung möchte dennoch eine Lehre daraus ziehen und das Sturzgeschehen in einer Fortbildung zur Sturzprophylaxe besprechen. Wo kann sie ansetzen?
- b) Herr R. ist dement und kann sich selbst nicht zur Situation äußern. Seit dem Sturz ist er auf den Rollstuhl angewiesen. Seine Kinder meinen, der Sturz hätte verhindert werden können und verklagen die Pflegeeinrichtung. Welche Punkte könnten zu Gunsten der Pflegeeinrichtung und welche zu Gunsten der Kläger bewertet werden?

5.3.5 Informationsweitergabe und Datenschutz

Die rechtlichen Grundlagen für die Informationsweitergabe in der Pflege sind in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen geregelt. Dabei spielt der Datenschutz eine zentrale Rolle (CE1, 1.1.5). Besonders die **Datenschutz-Grundverordnung** (DSGVO) hat erhebliche Auswirkungen auf die Art und Weise, wie personenbezogene Daten in der Pflege weitergegeben werden dürfen. Sie legt fest, dass personenbezogene Daten nur weitergegeben werden dürfen, wenn eine ausdrückliche Einwilligung der zu pflegenden Person vorliegt oder eine andere gesetzliche Grundlage besteht. Gerade die Verarbeitung von Gesundheitsdaten unterliegt strengen Vorgaben, da diese besonders schützenswert sind. Ferner schreibt die DSGVO vor, dass die zu pflegende Person umfassend über die Verarbeitung ihrer Daten informiert werden muss. Dazu gehören Informationen darüber, wer Zugang zu ihren Daten hat und zu welchem Zweck die Daten weitergegeben werden. In der Praxis bedeutet dies, dass sämtliche an der Versorgung beteiligten Personen die Rechte der zu pflegenden Person auf Datenschutz und Privatsphäre respektieren müssen. Sie dürfen z. B. keine Namen oder gar Diagnosen an außenstehende Personen mitteilen. Dokumentationen einschließlich Bild- und Tonaufnahmen sind für alle Zwecke, die nicht die Versorgung betreffen, verboten (Abb. 5.38).



Abb. 5.38 Private Handys haben in der pflegerischen Versorgung nichts zu suchen

Bild- und Tonaufnahmen, welche die Versorgung betreffen, benötigen die Zustimmung der zu versorgenden Person. Oft wird diese mit dem Pflege- oder Behandlungsvertrag erfragt. Für diese Aufnahmen werden einrichtungseigene Geräte genutzt.

Bilden Sie Kleingruppen und erstellen Sie eine ABC-Liste – entweder zu den Vorteilen einer guten Pflegedokumentation oder zu Auswirkungen einer unzureichenden Pflegedokumentation.

↓ ABC-Liste

5.4 Strukturmodell der Pflegedokumentation

5.4.1 Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Um mehr Zeit für die Versorgung der zu pflegenden Personen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu haben, wurde vor einigen Jahre das **Strukturmodell** eingefügt. Dieses basiert auf dem 4-schrittigen-Pflegeprozess (CE1, 5.1).

► Tipp

Mehr zu den Hintergründen des Strukturmodells:
www.ein-step.de

5.4.2 Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Das zentrale Element des Strukturmodells ist die **Strukturierte Informationssammlung (SIS)**. Sie dient dazu, Pflegeprobleme sowie Ressourcen zu erkennen und Wünsche sowie Erwartungen der zu pflegenden Person an die Pflege festzuhalten. Die Pflegefachperson leitet aus der Strukturierten Informationssammlung die Pflegeziele ab. Anders als in der herkömmlichen Pflegeplanung (CE1, 5.1) werden diese bei der Anwendung des Strukturmodells nicht dokumentiert, da sie sich der Pflegefachperson aufgrund ihres Fachwissens ergeben.

► Tipp

In der Ausbildung wird die Grundlage für dieses Fachwissen gelegt und stetig vertieft. Zusätzlich wird durch Praxisanleitungen das theoretisch erlernte Wissen in der Praxis schrittweise umgesetzt. Bei Unklarheit im praktischen Einsatz, welche Ziele bei einer zu pflegenden Person angestrebt werden, bietet es sich an, diese z. B. mit der Praxisanleitung zu besprechen.

Die SIS ist in 4 **Felder** unterteilt:

- Feld 1: Name, Geburtsdatum, Datum des Gesprächs, Handzeichen der Pflegefachperson und Unterschrift der zu pflegenden Person
- Feld 2: Selbsteinschätzung („Eingangsfrage“)
- Feld 3: Kategorien zur Erfassung der Selbstständigkeit bzw. des Unterstützungsbedarfs (Themenfelder)
- Feld 4: Erhebung möglicher Risiken (Risikomatrix)

Die Themenfelder sind farblich hinterlegt und finden sich auch in der Risikomatrix wieder. So wird deutlich, dass die Felder verbunden sind und aufeinander aufbauen.

Eingangsfrage

Die Eingangsfrage umfasst 3 bzw. 4 offen gestellte Fragen, die an der Situation der pflegebedürftigen Person ausgerichtet werden (Abb. 5.40):



Abb. 5.39 Strukturmodell nach dem 4-schrittigen Pflegeprozess

- Was bewegt Sie im Augenblick?
- Was brauchen Sie?
- Was können wir für Sie tun?
- Zusätzlich in der Tages-/Kurzzeitpflege:
Was bringt Sie zu uns?

Abb. 5.40 Feld 2 mit Eingangsfrage

Die Antworten der zu pflegenden Person notiert die Pflegefachperson **wörtlich** in diesem Feld. Sie wertet die Aussagen nicht. Falls sich die zu pflegende Person aufgrund körperlicher oder kognitiver Beeinträchtigungen nicht äußern kann, bezieht die Pflegefachperson Bezugspersonen oder Betreuer ein, deren Aussagen sie kennzeichnet.

Themenfelder

Die ersten **5 Themenfelder** sind in allen Pflegesettings der Langzeitpflege gleich:

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen

Das **6. Themenfeld** unterscheidet sich je nach Pflegesetting:

- **ambulant:** Haushaltsführung
- **stationär:** Wohnen und Häuslichkeit
- **Tagespflege:** Erhalt und Förderung von Alltagsfähigkeiten bzw. Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen
- **Kurzzeitpflege:** Wahrung der Individualität während des Aufenthalts/erste Einschätzung zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege

► Tipp

Materialien zur Strukturierten Informationssammlung:
www.ein-step.de/schulungsunterlagen

Für das Anamnesegespräch gibt es zu jedem Themenfeld Leitfragen und Leitgedanken, die der Pflegefachperson Orientierung bieten. Anhand dieser fordert sie die pflegebedürftige Person und/oder deren Bezugsperson auf, ihre Sichtweise, Wünsche und Bedürfnisse für die jeweiligen Themen zu nennen. Die Leitfragen und -gedanken beziehen sich auf folgende Themen (Bundesministerium für Gesundheit 2017):

Themenfeld 1, kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

- Orientierung (zeitlich, persönlich, örtlich)
- Interaktionen
- Gefahren und Risiken erkennen können
- herausforderndes Verhalten, z. B. nächtliche Unruhe, Umherwandern, Hinlauftendenz, aggressives Verhalten

Themenfeld 2, Mobilität und Beweglichkeit:

- freie und selbstständige Bewegung: in der Wohnung, außerhalb
- Bewegung unter dem Aspekt eines auffälligen Verhaltens

Themenfeld 3, krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:

- individuelle Belastungen durch die Erkrankung
- Reaktionen zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme
- Therapien (Zeit, Ort, Dauer usw.) oder Vorgehen um wiederkehrende Ereignisse/Symptome zu meistern
- Kooperationsfähigkeit
- Unterstützungsbedarf, um Pflegephänomene (CE1, 5.2.2) zu bewältigen oder zu kompensieren

Themenfeld 4, Selbstversorgung:

- Selbstständigkeit bei der Körperpflege
- Selbstständigkeit beim Kleidungswechsel
- Selbstständigkeit bei Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Themenfeld 5, Leben in sozialen Beziehungen:

- Selbstständigkeit bzw. Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten zu Hause und außerhäuslich
- Verlust des Partners in jüngerer Vergangenheit
- Kontakt zu Angehörigen, Freunden
- Weltanschauung, Religion, Biografie
- Wünsche in Bezug auf Tod und Sterben

Themenfeld 6:

- **ambulant, Haushaltsführung:** Selbstständigkeit bzw. Unterstützungsbedarf im Haushalt, z. B. beim Einkaufen, Kochen, Waschen, Reinigen der Wohnung
- **stationär, Wohnen/Häuslichkeit:** Wünsche zur Lebensraumgestaltung
- **Tagespflege, Erhalt/Förderung von Alltagsfähigkeiten bzw. Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen:** Alltagskompetenzen fördern, Bedürfnis nach Rückzug
- **Kurzzeitpflege, Wahrung der Individualität während des Aufenthalts/erste Einschätzung zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege:** gesundheitliche bzw. häusliche Situation erkennen/

Die Abbildung zeigt eine Risikomatrix für die Strukturierte Informationssammlung (SIS). Die Spaltenüberschriften sind: Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung, Sonstiges. Jede Spalte hat zwei Unterspalten für 'weitere Einschätzung notwendig' und 'Beratung'. Die Zeilenüberschriften sind: 1. kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, 2. Mobilität und Beweglichkeit, 3. funktionelles Aufbringen & Bekommen, 4. Selbstversorgung, 5. planbare soziale Beziehungen. Die Matrix selbst besteht aus einem Gitter von Feldern, die durch rote, grüne und gelbe Farben markiert sind, was auf unterschiedliche Risikostufen hinweist.

Abb. 5.41 Risikomatrix der Strukturierten Informationssammlung®

wahrnehmen; weitere Versorgungssituation einschätzen, Gesprächspartner zur Einschätzung der weiteren Versorgung

► **Merke**

Die Antworten zu den oben genannten Themen notiert die Pflegefachperson möglichst wörtlich.

Risikomatrix

Aus den Eintragungen in den 6 Themenfeldern werden individuelle aktuelle und potenzielle Risiken erkennbar. Die Pflegefachperson erläutert und bespricht diese Risiken mit der pflegebedürftigen Person, schlägt ihr präventive Maßnahmen vor und hält die Ergebnisse in den entsprechenden Themenfeldern fest. Dieses Vorgehen bildet die Grundlage, um die Einschätzung in der **Risikomatrix** nachvollziehen zu können. Folgende Bereiche werden in der Risikomatrix berücksichtigt:

- Dekubitus
- Sturz
- Inkontinenz
- Schmerz
- Ernährung

Zudem gibt es ein Feld „Sonstiges“, in dem bei Bedarf weitere Risiken festgehalten werden können (Abb. 5.41).

► **Merke**

Wichtig ist, zunächst alle Informationen zu sammeln und erst dann hinsichtlich aktueller und potenzieller Risiken auszuwerten. Denn nicht immer liegt die Ursache eines Risikos in dem Themenfeld, in dem man es am ehesten vermuten würde. So würde man das Risiko für Schmerzen zunächst in Themenfeld 3 vermuten. Die Ursache für das Risiko könnte aber z. B. darin bestehen, dass die Person nicht in der Lage ist, die Apotheke aufzusuchen, um Schmerzmittel zu besorgen. Mit deren Anwendung (Themenfeld 3) hätte sie vielleicht gar keine Probleme.

Damit dient die Risikomatrix als Ersteinschätzung bzw. **Screening** und erfordert im Anschluss ein **vertieftes**

Assessment (CE1, 5.2.1) auf Basis des Fachwissens der Pflegefachperson.

Suchen Sie für jeden Bereich der Risikomatrix Ursachen in den Themenfeldern 1–5 (vgl. Beispiel im Kasten). Halten Sie Ihre Ergebnisse in einer Checkliste fest. Stellen Sie sich Ihre Ergebnisse gegenseitig vor und ergänzen Sie Ihre Checklisten.

5.4.3 Maßnahmenplan

Das 2. Element des Strukturmodells ist der **Maßnahmenplan**. Mit den in der SIS erhobenen Informationen als Basis leitet die Pflegefachperson die Pflegeziele ab, welche sie im Gegensatz zum Vorgehen nach dem 6-schrittigen Pflegeprozess jedoch nicht dokumentiert. Bezüglich der zu planenden Maßnahmen beachtet die Pflegefachperson, wie bei der herkömmlichen Pflegeplanung, folgende Aspekte:

- individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse
- körpernahe Tätigkeiten
- ärztlich verordnete Maßnahmen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Risiken
- psychosoziale Betreuung

Idealerweise folgt der Maßnahmenplan in der Langzeitpflege einer **Tagesstruktur** (CE9, 1.4.2) und deckt folgende Inhalte ab:

- Grundbotschaft zu Beginn des Plans
- Zeitraum/Zeitpunkt der jeweiligen Maßnahme
- Maßnahmenbeschreibung in Form einer Handlungsanleitung, sofern es keine Handlungsanweisung, einrichtungsinternen Standard o. Ä. in der Einrichtung zu der Maßnahme gibt, sonst Verweis auf einrichtungsinterne Standards, Leitlinien oder Verfahrensanweisungen
- möglicher Hilfsmiteleinsatz
- Nummer des zugehörigen Themenfelds oder, im ambulanten Bereich, des Leistungskomplexes, also des vereinbarten Leistungspakets gemäß Vertrag

► Merke

Die **Grundbotschaft** beinhaltet die knappe Darstellung von individuellen Wünschen, Vorlieben oder auch pflege- und betreuungsrelevanten Informationen. Sie fasst damit wesentliche Punkte vom und über die zu pflegende Person zusammen.

Einrichtungsintern können Standards und Verfahrensanweisungen vorhanden sein, die z. B. die Ganzkörperwäsche im Bett oder das Anreichen von Nahrung betreffen. Sie werden nach der Regel des **Immer-so-Beweises** angewandt und müssen im Maßnahmenplan daher nicht ausführlich, also nicht Schritt für Schritt, festgelegt werden. Voraussetzung ist, dass der jeweilige Standard, die Leitlinie oder einrichtungsinterne Verfahrensanleitung im **Qualitätsmanagementhandbuch** hinterlegt ist. Alle beteiligten Teammitglieder müssen das jeweilige Dokument, also z. B. den Standard, kennen und dies mit ihrer Unterschrift bestätigen.

5.4.4 Berichtsblatt

Das **Berichtsblatt** ist das 3. Element des Strukturmodells. Es dient der **Dokumentation der Durchführung** der geplanten Maßnahmen. Ebenso werden hier Abweichungen von geplanten Maßnahmen dokumentiert, z. B. das Weglassen oder Ergänzen eines Teilschritts einschließlich der Gründe dafür. Zudem werden im Berichtsblatt veränderte Situationen festgehalten, z. B. die Verschlechterung des Gesundheitszustands oder die Ablehnung einer Maßnahme. Schließlich notiert die Pflegefachperson Maßnahmen der **Behandlungspflege** sowie pflegefachliche Beobachtungen und aktuelle Ereignisse wie Erkrankungen, Symptome sowie Besuche von Angehörigen im Berichtsblatt.

Um die Dokumentation möglichst kurz zu halten, müssen **Maßnahmen der Grundpflege** nicht dokumentiert werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es gibt ein festgelegtes Vorgehen, das entweder im Maßnahmenplan benannt oder im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt ist, sodass im Maßnahmenplan darauf verwiesen werden kann (Immer-so-Beweis, CE1, 5.4.3).
- Es wurde von dem im Maßnahmenplan festgelegten Verfahren **nicht** abgewichen.

► Setting

Diese Regelung gilt nicht für den Leistungsnachweis in der **ambulanten Pflege**, der zu Abrechnungszwecken notwendig ist.

5.4.5 Evaluation

Im letzten Schritt des 4-schrittigen Pflegeprozesses, auf dem das Strukturmodell basiert, **evaluiert** die Pflegefachperson die Pflegesituation. Die Evaluation findet statt

- bei signifikanten Änderungen des Zustands der zu pflegenden Person, z. B. nach einem Sturz,
- bei Änderung der pflegerelevanten Umstände, z. B. veränderte pflegerische Versorgung, sowie zusätzlich
- nach individuellen und einrichtungsinternen Intervallen. Diese richten sich nach den Informationen in der SIS, nach dem Maßnahmenplan/der Tagesstruktur, den Informationen im Berichtsblatt sowie ärztlichen Verordnungen.

► Setting

- Da der Medizinische Dienst in der **stationären Langzeitpflege** sogenannte Qualitätsindikatoren abfragt, wird hier mindestens zweimal jährlich die Situation jeder pflegebedürftigen Personen evaluiert.
- In der **ambulanten Pflege** legt die Pflegefachperson die **Evaluationszeiträume** fest. Dabei richtet sie sich nach dem pflegerischen Zustand der zu versorgenden Person und berücksichtigt auch die Situation der Angehörigen bzw. Bezugspersonen, um z. B. Schulungsbedarf zu erkennen.

1. Laden Sie auf der Website www.ein-step.de die Broschüre „Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege“ herunter. Lesen Sie den Abschnitt „Prinzipien der Evaluation im Strukturmodell“ und notieren Sie Inhalte des Textes, die allgemein für die Pflegeplanung und -dokumentation gelten, und solche, die neue Informationen enthalten.
2. Vergleichen Sie das Vorgehen nach dem 6- mit dem nach dem 4-schrittigen Pflegeprozess. Listen Sie jeweils Vor- und Nachteile auf. Beachten Sie dabei die Situation von Auszubildenden in der Pflege sowie von Pflegefachpersonen.

Quellenverzeichnis

- Baumgartner, E. et al. (2020): Pflegeprozess. Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2025): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entbuerokratisierung-der-pflegedokumentation.html [24.03.2025].
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege. Unter: https://cdn.prod.website-files.com/66867cfeceaf93a2305684f669577d18687e23452314219_Informations-_und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf [23.03.2025].
- Doenges, M. et al. (2018): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. Bern: Hogrefe.
- Herdman, H. T. et al. (Hrsg.) (2022): NANDA-I-Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2021–2023. Kassel: Recom.
- Klinner, K. (2024): Der Pflegeprozess im Unterricht. Wiesbaden: Springer Fachmedien, BestMasters.
- König, J. (2015): Pflegedokumentation im Krankenhaus – gewusst wie. Hannover: Schlütersche.
- Kreikenbaum, J.; Lay, R. (2018): Pflegeplanung leicht gemacht. München: Elsevier.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Unter: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf [19.03.2025].
- Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.) (2020): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Bern: Hogrefe.
- Stefan, H. et al. (2006): Praxishandbuch Pflegeprozess. Wien: Springer.
- Thieme RECOM: ENP – eine Sprache für die Pflege. Unter: www.recom.eu/klassifikationen/european-nursing-care-pathways.html [14.05.2025].

Nutzen Sie dieses Material in Ihrem Unterricht. Handwerk und Technik GmbH

Register

- ABEDL (Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens) 87
 Abschlussprüfung 14
 Abschluss, spezialisiert 14
 Abschluss, Wahlrecht 14
 Adaptionstheorie 87
 Advanced Practice Nurse (APN) 80
 Akademisierung 79
 Akutpflege 11
 Anamnese
 – -bogen 107, 126
 – Inhalte 108
 Anordnungsblatt 120
 APN (Advanced Practice Nurse) 80
 Arbeitsgedächtnis 22
 Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS) 80
 Arbeitskleidung 45
 Assessment 111
 Ätiologie 114
 Aufwärterin 74
 Ausbildung, Fehlzeiten 14
 Ausbildung, Nachtarbeit 14
 Ausbildungsnachweis 46
 Ausbildungsplan 13
 Ausbildungsvertrag 13
 Ausbildung, Überstunden 14
 Ausbildung, Vergütung 14
 Autonomie 62, 67
 Bedürfnistheorie 88
 Behandlungsleitlinie 97
 Behandlungspflege 35, 120
 Belbin, Meredith 42
 Bereichskleidung 45
 Berichtsblatt, SIS 132
 Berne, Eric 55
 Betriebsrat 18
 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) 17
 Bettlägerigwerden, Forschung 90
 Beziehungsprozess 104
 Bezugswissenschaften 82
 Bobath-Konzept 86
 BochumerBund 81
 Bundespflegekammer 81
 Caring-Konzept 3
 Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen 68
 Corbin, Juliet und Strauss, Anselm L. 87
 Curriculare Einheiten (CE) 8
 Datenschutz 15
 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 128
 DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) 80
 Definition Pflege 4
 Deklaration von Helsinki 91
 demografischer Wandel 72
 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 80
 Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) 78
 Deutscher Pflegerat e.V. 80
 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 95
 Dienstkleidung 45
 Dilemma, moralisches 66
 DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) 95
 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) 128
 Durchführungsnachweis 126
 EBN (Evidence-Based Nursing) 95
 Eingangsfrage, SIS 129
 elektronische Patientenakte (ePA) 127
 Empathie 59, 60
 Empirie 83, 90
 ENP (European Nursing care Pathways) 116
 ePA (elektronische Patientenakte) 127
 Ethik 66
 Ethikberatung 69, 70
 Ethikkomitee 69
 Europäische Union 76
 European Nursing care Pathways (ENP) 116
 Euthanasieprogramm 76
 Evaluation 104, 123
 Evidence-Based Nursing (EBN) 95
 Evidenz 95
 – Kategorien 98
 evidenzbasierte Pflege 95
 evidenzbasiertes Wissen 90
 Expertenstandards 95
 Fachkräftemangel 73
 Fallbesprechung, ethische 69
 Fawcett, Jaqueline 89
 Feedback 64
 Feedbackgespräch 64
 Fehlzeiten 14
 Fiechter, Verena 104
 fördernde Prozesspflege 87
 Forschung; siehe Pflegeforschung
 Forschungsansatz
 – qualitativer 94
 – quantitativer 93
 Forschungsethos 90
 Forschungsmethode 92
 Forschungsprozess 91
 Fragen 56
 – geschlossen 56
 – offen 56
 Friedemann, Marie-Luise 87
 Fürsorge 68
 Geburtenrückgang 72
 Gedächtnis 22
 Geruchssinn 110
 Gesprächsförderer 57
 Gesprächshemmer 57
 Gewaltfreie Kommunikation (GfK) 61
 Giraffensprache 61
 Grundbotschaft, SIS 131
 Grundgesamtheit 93
 Grundpflege
 – SIS 132
 Gütekriterien 92
 Handlungskompetenz 6, 20
 Handlungswissenschaft 83
 hören 110
 Hospital 74
 humanistische Theorie 88
 Hypothese 92
 ICN-Ethikkodex 66, 90
 ICN (International Council of Nurses) 78
 ICNP (International Classification for Nursing Practice) 116
 Immer-so-Beweis 132
 Informationssammlung 106
 – Dokument 126
 – Inhalte 108
 – Pflegeprozess 105
 – Risiko 108
 informelle Pflege 78
 Intelligenz, emotionale 59
 interaktionistische Theorie 88
 International Classification for Nursing Practice (ICNP) 116
 International Council of Nurses (ICN) 66, 78
 Intersubjektivität 94
 Jahreszeugnis 14
 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) 17
 Jugend- und Ausbildungsververtretung (JAV) 18
 Karll, Agnes 76
 Kasack 45
 KIS (Krankenhausinformationssystem) 127
 Klassifikation 115
 Kloster 74
 Kommunikation
 – Bezugspersonen 63

- Grundlagen 51
- im Team 64
- mit Pflegebedürftigen 62
- verbal
 - nonverbal
 - paraverbal 51
- Kommunikationsmodell
 - Axiome der Kommunikation 53
 - Vier-Seiten-Modell 54
- Kommunikationstechnik 55
- Kompetenzbereiche 12
- Kompetenzschwerpunkte 13
- Kongruenz 60
- Konsensus-Konferenz 97
- Konzept 86
- Krankenhausinformationssystem (KIS) 127
- Krankenversicherung
 - Einführung 75
- Krohwinkel, Monika 87
- Kurzzeitgedächtnis 22
- Langzeitgedächtnis 22
- Langzeitpflege 11
- Lebenserwartung 72
- Leininger, Madeleine 87
- Leistungsnachweis
 - ambulante Pflege 126
- Leitlinie 97
- Lernatmosphäre 22
- Lernbiografie 20
- Lernen, arbeitsgebundenes 28
- Lernen, impliziertes 29
- Lernen, lebenslanges 19
- Lernen, reflexives 29
- Lernen, selbstreguliertes 20
- Lernmethoden 26
- Lernorte 7
- Lernortkooperation 28
- Lernstil 24
- Lernstrategie 25
- Lerntagebuch 30
- Makroebene, Pflegeforschung 91
- Maßnahmenplan, Strukturmodell 131
- Medizinethik 69
- Meier, Martha 104
- Mesoebene, Pflegeforschung 91
- Metaparadigma 89
- Mikroebene, Pflegeforschung 91
- Modell 86
- Moral 66
- Motivation, extrinsisch 23
- Motivation, intrinsisch 23
- Multimorbidität 72
- Mutterhaus 75
- Nachtarbeit 14
- NANDA International 115
- Nationalsozialismus 76
- NIC (Nursing Intervention Classification) 116
- Nightingale, Florence 83
- NOC (Nursing Outcome Classification) 116
- Normen 66
- Nursing Intervention Classification (NIC) 116
- Nursing Outcome Classification (NOC) 116
- Objektivität 94
- olfaktorisch 110
- Orem, Dorothea 87
- PÄSR-Struktur 113
- Patientensicherheit 16
- PDCA-Zyklus 103
- Peplau, Hildegard 87
- Pflege
 - Definition Weltgesundheitsorganisation 4
 - evidenzbasierte 95
- Pflege, ambulante 11
- Pflegebedürftige
 - Anzahl in Deutschland 72
- Pflegeberufegesetz 76
- Pflegebeziehung 59
- Pflegediagnose 105, 115
 - Dokumente 126
 - korrekte 127
- Pflegedokumentation 125
- Pflegeergebnistheorie 88
- Pflegeethik 66
- Pflegeforschung 82, 90
 - Ansatz 92
 - Ebenen 91
 - Gütekriterien 92
 - Hypothese 92
 - Methode 92
 - Praxisnutzen 95
 - Prozess 91
 - Stichprobe 92
 - Untersuchungsgegenstand 92
 - Ziele 90
- Pflegekammer 81
- Pflegekompetenz, Stufen 98
- Pflegekonzept 86
 - durchführen 121
 - planen 118
- Pflegemodell 86
- Pflegephänomen 82, 115
 - Dokument 126
 - Inhalte 119
 - Maßnahmen 119
 - Pflegeprobleme 113
 - Pflegeziele 117
- Pflegeproblem 105, 113
 - 4 Schritte 105
 - 6 Schritte 104
- Fiechter, Meier 104
- Yura, Walsh 105
- Pflegeprozess 103
- Pflegeprozessmodell 86
- Pflegetheorie 86
 - Adaptionstheorie 87
 - Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL), Bedürfnismodell 87
 - erste 83
 - fördernde Prozesspflege, Modell 87
 - Reichweite 87
 - Selbstpflegedefizit-Theorie 86, 87
 - systemisches Gleichgewicht, Theorie 87
 - Trajekt-Modell 87
 - transkulturelle Pflege, Theorie 87
 - zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege, Theorie 87
- Pflegeverständnis
 - individuelles 43
 - professionelles 43
- Pflegewissenschaft 82
 - Definition 82
 - Entwicklung 83
 - Theorien 86
 - Vorbehalte 85
- Pflegeziel 117
- POP (Praxisorientierte Pflegediagnostik) 116
- Portfolio 30
- praktische Prüfung 15
- Praxisanleitung 14
- Praxisbegleitung 13
- Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) 116
- Praxiswissenschaft 83
- Professionalisierung 6
- Prüfung, praktische 15
- qualitative Forschung 92, 93, 94, 100
- qualitativer Forschungsansatz 94
- quantitativer Forschungsansatz 93
- Rahmenausbildungsplan 8
- Rahmenlehrplan 8
- Reflexionsfragen 56
- Reichweite
 - Pflegetheorie 87
 - qualitative Forschung 94
- Reliabilität 94
- Repräsentativität, Forschungsergebnis 93
- Ressource 105, 112
- Risiko
 - Informationssammlung 108
 - -matrix 131
- Rogers, Carl 60
- Rollenbilder 41

- Rolle, soziale 41
 Rosenberg, Marshall 61
 Roy, Callista 87
 Schulz von Thun, Friedemann 54
 Schutzkleidung 45
 Schweigepflicht 15
 Screening 111
 sehen 110
 Selbstbestimmungsrecht 67
 Setting 11
 SIS® (Strukturierte Informationssammlung) 129
 Skala 111
 Skills Lab 7
 SMART-Regel 117
 Sozialforschung, empirische 90
 Stammdatenblatt 109, 126
 Stereotype 52
 Stichprobe 92
 Strukturierte Informationssammlung (SIS) 129
 Subjektivität 94
 systemisches Gleichgewicht, Theorie 87
 systemrelevant 74
- Tagesstruktur
 – SIS 131
 taktil 110
 Tarifvertrag 80
 Team
 – Phasenmodell zur Teamentwicklung 36
 – Werte 36
 Themenfelder, SIS 130
 Theorie 86
 Transaktionsanalyse 55
 Transparenz 94
 Tuckman, Bruce 36
 Überstunden 14
 Überwachungsblatt 126
 Ultrakurzzeitgedächtnis 22
 Untersuchungsgegenstand 92
 Validität 94
 Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. 80
 Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 80
 Vergütung 14
 Verschwiegenheitspflicht 15
- Versicherungsstatus 125
 vorbehaltenen Tätigkeiten 6
 Vorbehaltsaufgaben 6
 Wahrnehmung 52
 Wahrnehmung, Informationssammlung 110
 Walsh, Mary B. 105
 Wandel, demografischer 72
 Wartpersonal 74
 Watson, Jean 3
 Watzlawick, Paul 53
 Weiterbildung 78
 Werte 66
 Wertschätzung 60
 Wissen, empirisches 83
 Wissenschaft 81
 Wissenschaftsrat 71
 Wolfssprache 61
 Yura, Helen 105
 Zegelin, Angelika 90
 Zuhören, aktives 55
 zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege, Theorie 87
 Zwischenprüfung 14

Bildquellenverzeichnis

- © 2021 by ICN – International Council of Nurses, Genf, Schweiz: S. 67
 ADS – Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V., Berlin: S. 80/2
 Alamy Ltd., Oxon, Großbritannien: S. 34 (Miriam Dorr); 41 (RUSLAN NESTERENKO); 76 (The Reading Room)
 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V., Marburg: S. 98
 BUNDESPFLEGEKAMMER e. V., Berlin: S. 81/3
 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e. V., Berlin: S. 80/3
 Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Berlin: S. 80/1
 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück: S. 96
 dpa-Picture-Alliance GmbH, Frankfurt am Main: S. 17/2 (Patrick Franck); 48 (imageBROKER); 53/2 (DB Beck/picture-alliance); 72/1,2 (Infografik); 78 (Waltraud Grubitzsch|ZB/picture alliance)
 Grafische Produktion Neumann, Rimpf: S. 21/1-4
 iStockphoto, Berlin: S. 20/1; 25/3 (alvarez); 25/4 (sturti); 51/3 (Harbucks); 51/8 (Charday Penn); 64 (SDI Productions); 73/2 (S-S-S); 104/2 (alvarez); 110/3 (recep-bg); 111/1 (ands456); 112/1 (Dominik Pabis); 112/2 (lucigerma)
 Krausen, Scott, Mönchengladbach: S. 20/2; 52/1
 mauritius images GmbH, Mittenwald: S. 8/2 (Eric Audras); 13 (Aleksandr Davydov/Alamy Stock Photos); 84/1 (Classic Image/Alamy Stock Photos)
 Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V.: S. 99 (Trueeffelpix)
 Pflegegewerkschaft BochumerBund, Bochum: S. 81/2
 Projektbüro EinSTEP, Berlin: S. 130; 131
 Shutterstock Images LLC, New York, USA: S. 3 (Pixel-Shot); 4/2 (Satheesh Sankaran); 5 (HADI_TRESNANTAN); 7/1 (hedgehog94); 7/2 (Tyler Olson); 7/3 (pics five); 8/1 (New Africa); 8/3 (F8 studio); 16 (Kzenon); 17/1 (Ralf Liebhold); 17/3 (Frau aus UA); 22/1 (Christos Georghiou); 24/1 (Griboedov); 24/2,3,5,7 (graficriver_icons_logo); 24/4 (tynyuk); 24/6 (Blan-k); 25/1 (Rostislav_Sedlacek); 25/2 (Rawpixel.com); 37 (north100); 45/1 (maridav); 45/2 (New Africa); 51/1 (Kzenon); 51/2 (Monkey Business Images); 51/4 (Venus78); 51/6 (Pixel-Shot); 51/7 (Robert Kneschke); 51/9 (Rido); 53/1 (Gleb Usovich); 54/1 (Monkey Business Images); 54/2 (fizkes); 55 (Sensvector); 56 (fizkes); 57/1 (Marcos Mesa Sam Wordley); 57/2 (Jacob Lund); 59 (Monkey Business Images); 61/1 (alya-BigJoy); 61/2 (Halfpoint); 63 (Halfpoint); 65 (Monkey Business Images); 73/1 (Kheat); 74 (alex7370); 82/1 (Fourleaflover); 82/2 (Cube29); 82/3 (Fourleaflover); 84/2a,f (graficriver_icons_logo); 84/2b,g (Fourleaflover); 84/2c (Fourleaflover); 84/2d,h (Cube29); 84/2e,i (Disavorabuth); 108 (SeventyFour); 110/1 (yourphotopie); 126/1 (ALPA PROD); 126/2 (maulsmash); 129/1 (Arcady)
 stock.adobe.com: S. 51/5 (Halfpoint); 93 (Whale Design); 104/1 (metamorworks); 110/2 (Ingo Bartussek); 120/2 (Goffkein)
 Trautmann, Elke, Stuttgart: S. 105; 114/a,b; 115; 120/1; 122/2; 123/1
 Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Berlin: S. 81/1
 Verlag Handwerk und Technik GmbH, Ausbildungsnachweis zur generalistischen Pflegeausbildung, Astrid Lorenschat, Jan-Marten Preuß: S. 47
 Walle, Andreas, Hamburg: S. 35
 watsoncaringscience.org: S. 4/1
 WR | W I S S E N S C H A F T S R A T, Köln: S. 71